This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

41

Harvard Medical School
Library

WITHDRAWN FROM HML

Gift of

Dr. H. C. White

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

REDIGIERT VON

P. G. UNNA

IN HAMBURG.

SIEBENTER BAND.

1888.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1888.

41

Harvard Medical School
Library

WITHDRAWN FROM HML

Gift of

Dr. J. C. White

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

REDIGIERT VON

P. G. UNNA

IN HAMBURG.

SIEBENTER BAND.

1888.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1888.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
91
BOSTON MEDICAL
SEP 26 1963
LIBRARY

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

REDIGIERT VON

P. G. UNNA

IN HAMBURG.

SIEBENTER BAND.

ERSTES HALBJAHR. JANUAR BIS JUNI 1888.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1888.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei A.-G. (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 1. 1. Januar 1888.

Ein seltener Fall von ausgebreiteter symmetrischer Verunstaltung auf Grund hereditärer Syphilis.

Von

Dr. G. Smirnoff

in Helsingfors.

Mit 4 Abbildungen auf einer Tafel.

Am 12. Februar 1886 wurde ein in merkwürdiger Weise verunstalteter Mann in die syphilitische Abteilung der Klinik zu Helsingfors aufgenommen. Die nach Photographien angefertigten Abbildungen 1—3 auf beigegebener Tafel zeigen die Mifsgestalt sowohl des ganzen Körpers, als auch der Extremitäten. Wohl zu beachten ist, dafs die Verunstaltung auf den beiden Körperhälften völlig symmetrisch auftritt. Da dieselbe schon an und für sich, aber noch mehr auf Grund der wahrscheinlichen Ursache, von grofsem Interesse ist, so glaube ich, dafs eine Beschreibung des Falles in einem Fachjournal am Platze sein wird.

Anamnese. Der Patient, bei der Aufnahme in die Klinik 23 Jahre alt, Armenhauspflegling aus Helsingfors, war das erste Kind seiner Mutter. Zwei Jahre nach ihm gebar die Mutter noch ein Kind, welches schon nach zwei oder drei Tagen starb, die Mutter starb ebenfalls in demselben Wochenbett. — In der Kindheit war der Patient völlig gesund und während der ersten acht Jahre den andern Kindern vollkommen ähnlich, gar nicht verunstaltet. Im neunten Lebensjahre aber fing die Difformität an sich auszubilden, ohne jede wahrnehmbare Erkrankung. Im 19. bis 20. Lebensjahre fing eine Ulceration am harten Gaumen allmählich an sich auszubilden, ebenfalls ohne dafs der Patient von irgend

einer Krankheit wufste. Diese Geschwürsbildung am harten Gaumen griff immer weiter um sich und durchbrach zuletzt das palatum durum und zerstörte einen Teil des veli palati, septi narium und partis incisivae maxillae superioris, weshalb der Patient in der Klinik Hilfe suchte.

Status praesens bei der Aufnahme. Die Defekte im harten und weichen Gaumen, septum narium und pars incisivae maxillae superioris sind sehr grofs mit ulcerierenden Rändern, vollkommen ähnlich syphilitischen Geschwüren. Keine andern Symptome von tertiäer Lues sind zu entdecken. Auch keine von Skrofulose. Der Patient hat keine rheumatischen Schmerzen, behauptet auch solche niemals gehabt zu haben. Keine Steifigkeit in den gröfseren Gelenken. Die grofse Zehe der beiden Füfse ist aber stark nach aufsen gebogen und zum grofsen Teil von der zweiten Zehe bedeckt, das Gelenk der grofsen Zehe mit dem Fufse stark hervorspringend. — Die vier Finger jeder Hand, vom zweiten an, können nicht, auch mit Gewalt, gerade gestreckt werden, weil die ersten und zweiten Phalangen dieser Finger, augenscheinlich durch Ankylose und nicht durch Kontraktur, zueinander in einem ziemlich starken Winkel stehen. Die letzten Phalangen aller Finger sowohl als aller Zehen sind eigentümlich platt und breit, gerundet, die der Finger mit besonders grofsen breiten Nägeln versehen. — Die Ellbogen-, Hand-, Fufs- und Kniegelenke, besonders die drei letzten, sind auffallend grob und unförmlich gebildet. Die Diaphysen der Vorderarm-, Schenkel- und Unterbeinknochen sind stark verlängert, diese sämtlichen Knochen sind also hypertrophisch, sowohl die Epi- als Diaphysen. Ebenso die Karpal- und Tarsalknochen. — Auch das Gesicht ist etwas von oben nach unten abgeplattet (was auf der Abbildung nicht gut hervortritt) mit hervorspringenden Backenknochen. — Die Muskeln sind ziemlich schwach; die der Vorderarme und der unteren Extremitäten dünn, gleichsam distendiert durch die übermäfsige Verlängerung der betreffenden Knochen. — Alle übrigen Organe sind gesund und normal.

Um meinen Lesern die Möglichkeit zu geben, sich durch Vergleich mit normalen Menschen die Entstellung meines Kranken zu verdeutlichen, will ich hier die betreffenden Mafse angeben.

Länge des Körpers	167	cm
Länge des rechten Arms vom Acromion zur Spitze des Zeigefingers	80	„
Länge des Beines vom oberen Ende des Trochanters zum Fufsboden	96	„
davon kommen auf den Femur	46	„
auf die Tibia gleichfalls	46	„
und vom unteren Rande des äufseren Malleolus zum Fufsboden	4	„
Umfang des rechten Kniegelenks	38	„
Umfang des linken Kniegelenks	34,5	„
Länge der Füfse bis zur Spitze der zweiten Zehe	24,5	„
Der gröfste Umfang des Fufsgelenks (mit der Tibia) über die Hacke (Ferse)	36,5	„
Horizontalumfang der Unterbeine um die Malleolen des rechten	31,5	„
um die Malleolen des linken	32	„
Umfang des rechten Handgelenks	20	„
Umfang des linken Handgelenks	19,5	„
Länge des rechten Arms vom obersten Rande des Skapulargelenks zur Spitze des Zeigefingers	76	„
Länge des Oberarms von demselben Punkte bis zum unteren Rande des äufseren Condylus	31	„
Länge der Ulna	29,5	„
Länge des Zeigefingers der linken Hand	10	„
Umfang der ersten Phalange desselben Fingers beinahe	8	„
Breite der äufsersten Phalange desselben Fingers	24	mm
Breite der äufsersten Phalangen der zweiten und dritten Finger	25	„
Breite der äufsersten Phalangen des rechten Daumens	32	„
des linken Daumens	30	„
Breite der äufsersten Phalangen der zweiten und dritten Zehe des linken Fufses	25—26	„
Breite der äufsersten Phalange der grofsen Zehe desselben Fufses	38	„
Länge des Zeigefingers der linken Hand: der ersten Phalange	4	cm

der zweiten Phalange..... 3 cm
der dritten Phalange..... 2,7 „
Höhe des Körpers, des Halses und des Kopfes (wenn der Patient sitzt) in Summa:..... 83 „

Diagnose. Defectus partialis septi narium et palati mollis. Perforatio magna palati duri cum ulceratione. Destructio partis incisivi maxillae superioris. — Hypertrophia (syphilitica) phalangum omnium digitorum manuum et pedum. Hypertrophia malleolorum omnium, pedum amborum, epiphysium inferiorum antibrachiorum, carporum et tarsorum. — Am 27. März eine Synovitis genu dextri.

Behandlung. Injektion von 0,10 g Kalomel. Innerlich Kalium jodatum. — Den 27. Februar: 0,10 g Kalomel. — Den 11. März: 0,10 g Kalomel. — Den 30. April hörte der Patient auf Kalium jodatum zu nehmen. — Den 17. Juni: Wieder Kalium jodatum. — Die kleine akute Synovitis genu dextri vom 27. März verschwand schnell bei ruhigem Verhalten und kalten Umschlägen.

Am 7. Juli wurde der Patient entlassen, nach 146tägiger Behandlung. Die Ulcerationen waren alle geheilt; die Defekte dagegen, ebenso wie die Deformitäten der Glieder unverändert.

Der Patient hat sich nachdem in der Klinik nicht mehr gezeigt.

Diskussion des Falles.

Die allmählich sich ausbildende, völlig symmetrische Deformität der Glieder in diesem Falle kann nicht gut als Rheumatismus chronicus gedeutet werden, weil die Verunstaltung sich schmerzlos entwickelt hat, und weil nicht nur die Gelenke hypertrophisch, sondern auch die Diaphysen der langen Knochen abnorm stark entwickelt sind. (Die kleine Synovitis in der Klinik kann ich nicht als maßgebend oder pathognostisch ansehen. — Weil ein englischer Arzt (von sehr großer Erfahrung) die Möglichkeit einer gichtischen Verunstaltung in Frage zog, als er die beigefügten Abbildungen sah, will ich hier nur bemerken, daß Gicht (Gout) in Finnland niemals bei armen Leuten vorkommt und auch unter reichen Leuten äußert selten beobachtet wird. Ich glaube deswegen diese Krankheit mit absoluter Sicherheit ausschließen zu können. — Daß dagegen der Patient tertiäre

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Lues hatte, darauf deuten mit unwiderlegbarer Sicherheit die Zerstörungen und Ulcerationen in den Mund- und Nasenhöhlen, erstens weil sie an und für sich beinahe pathognostisch sind für tertiäre Syphilis, und zweitens weil die Heilung der chronischen Geschwüre durch einfache Behandlung mit Quecksilber und Kalium jodatum so schnell herbeigeführt wurde. Und weil der Patient mit voller Bestimmtheit behauptete, niemals eine venerische Krankeit gehabt zu haben, so kommt man in ungezwungener Weise zur Annahme, dafs seine Syphilis eine ererbte Krankheit war.

Was nun in diesem Falle höchst auffallend ist, ist der Umstand, dafs während vieler Jahre eine sich durch symmetrische Knochenhypertrophie ausbildende Verunstaltung des ganzen Körpers das einzige Symptom einer hereditären Syphilis war; wovon ich mich nicht erinnern kann, etwas in der Litteratur gelesen zu haben. Wie bekannt, kann dieselbe Ursache eine mangelnde Allgemeinentwickelung, Athrepsia, Infantilismus zur Folge haben, wovon ich auch Fälle gesehen habe. Folglich kann die ererbte Syphilis sowohl allgemeine oder partielle Hypertrophie wie Atrophie bei den heranwachsenden Individuen verursachen.

Ich glaube, dafs meine Annahme einen hereditären Syphilis als Grund der Verunstaltung im oben angeführten Falle gestützt werden kann durch den Fall eines fünfzehnjährigen Knaben, der in meiner Abteilung seit dem 1. April dieses Jahres gepflegt wird. Dieser, Sohn eines unverheirateten Bauernweibes, hatte bei der Aufnahme in der Klinik auf dem linken Unterschenkel ein Geschwür von 10 cm Länge und 13 cm Breite, umgeben von Narben; sonst konnte man keine Symptome von Syphilis finden. Was aber am meisten in die Augen fiel war, dafs der ganze linke Unterschenkel bedeutend hypertrophiert war im Vergleich mit dem rechten, wie die Figur 4 sehr anschaulich zeigt. Die Geschwürsbildung fing vor etwas mehr als 3 Jahren an. Die Hypertrophie der Knochen des linken Unterschenkels dagegen mufs sich während vieler Jahre ganz allmählich entwickelt haben, weil der Knabe den Zuwachs gar nicht bemerkt hat; erst durch meine Fragen wurde er darauf aufmerksam gemacht.

Heutzutage ist das Geschwür, nach Behandlung mit 2 Kalomelinjektionen von 0,10 cg jede und Kalium jodatum mit Chinadekokt, in voller Heilung begriffen; die Länge des Geschwürs ist zu 1 cm, die Breite zu 2 cm reduziert und der Boden granuliert schön.

Meiner Meinung nach ist auch diese Affektion bei dem sonst ganz normal gebauten und entwickelten, obgleich anämischen Knaben als hereditäre Syphilis aufzufassen. In diesem Falle war also auch, wenn meine Annahme richtig ist, die Hypertrophie zweier zusammengehöriger Knochen eines einzigen Gliedes während vieler Jahre das einzige Symptom einer hereditären Syphilis.

Dafs bei beiden Kranken die Knochenhypertrophie durch die Behandlung in keiner Weise beeinflufst wurde, versteht sich von selbst.

Helsingfors, den 7. Oktober 1887.

Studien über Hirsuties.

Von

G. H. Rohé, M. D.

in Baltimore.

Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphiligraphie des IX. internationalen medizinischen Kongresses zu Washington am 6. Septbr. 1887.

Der im allgemeinen unbehaarte Zustand des menschlichen Körpers wird von Darwin dem Einflufs der Zuchtwahl zugeschrieben. Dieser grofse Naturforscher erkannte, dafs das Gesetz der natürlichen Auslese für diese Variation des Urtypus nicht zutraf.

A. R. Wallace sah ebenfalls in der natürlichen Auslese nicht die wahrscheinliche Ursache des Haarschwundes auf der menschlichen Haut, doch bezog er als Gegner der Darwinschen Theorie jene Erscheinung auf ein andres wirksames Moment als auf das Gesetz der Anpassung, nämlich auf eine höhere Intelligenz, der zufolge des Menschen Entwickelung eine bestimmte

Richtung und einen besonderen Zweck erhalten hat.[1] — J. MORPHY *vertritt* in seinen scharfsinnigen Untersuchungen über Gewohnheit und Intelligenz denselben Standpunkt wie WALLACE. Anderseits behauptet GRANT ALLEN, ein hervorragender Naturforscher, mit einiger Wahrscheinlichkeit, dafs jene Modifikation sich zunächst unter dem Einflufs der natürlichen Auslese vollzieht, die Zuchtwahl aber als sekundäres Moment noch hinzutritt.[2]

Ich beabsichtige nicht auf weitere Erörterungen dieser Frage hier einzugehen und habe nur deshalb darauf hingewiesen, weil dieselbe zu meinem Thema in gewisser Beziehung steht. Das Auftreten allgemeiner Hirsuties wird von DARWIN als Atavismus aufgefafst, und UNNA hat sehr sinnreich universelle Hirsuties als eine Bildungshemmung betrachtet. Bekanntlich ist der Fötus während seines intrauterinen Daseins dicht mit Haaren bedeckt; dieselben fallen in der Regel noch vor der Geburt wieder ab, bestehen aber zuweilen noch mehrere Wochen nachher fort. Das spätere Wachstum des Haares hat nach UNNA, welcher in diesem Punkte unsre Anschauungen bedeutend erweitert hat, einen total andren Charakter. Dieser Wachstumstypus findet aber nach ihm bei Hypertrichosis nicht statt, vielmehr wird der primitive oder intrauterine Typus dauernd beibehalten.

Keine dieser Theorien erscheint mir hinreichend beweiskräftig zur Erklärung der hier zu besprechenden Deformität, daher ist es mir wohl gestattet, eine Lösung des Problems über Hirsuties zu versuchen, zumal dasselbe sowohl den Anthropologen als auch den Arzt, insbesondere den Dermatologen, von selbst zum Nachforschen anregt.

Hirsuties oder Hypertrichosis ist ein abnormer Zustand, charakterisiert durch excessives Wachstum, sowie örtlich oder zeitlich abnorme Entwickelung des Haarwuchses. Eine bestimmte Regel für letzteren steht indessen nicht fest, auch sind die gebräuchlichen Beschreibungen des Vorgangs nur relativ aufzufassen; denn was als excessives Wachstum bei einer Rasse, einem Individuum resp. einer Klasse von Individuen gilt, kann als normal bei an-

---

[1] *On natural selection.* pag. 359.
[2] A problem in Human Evolution. *Forthnightly Review.* 1879.

dern angesehen werden; so zeigt z. B. die hebräische Rasse regelmäfsig einen üppigen Haarwuchs an sonst behaarten Körperstellen, und doch wird man dies für gewöhnlich nicht als Hypertrichosis ansehen. Der Grad des Wachstums, welcher als normal gelten kann, variiert innerhalb ziemlich weiter Grenzen, hauptsächlich weil Fälle von mäfsiger Hypertrichosis beim männlichen Geschlecht wenig beachtet werden.

Für den Dermatologen hat die Hypertrichosis besonders dann Interesse, wenn sie bei Frauen im Gesicht auftritt. Was die Behandlung dieses Zustandes anbetrifft, so haben wir wohl in der von MICHEL aus St. Louis angegebenen und von HARDAWAY vervollkommneten Methode der Elektrolyse ein ganz vorzügliches Mittel, doch sind unsre Kenntnisse hinsichtlich der Ätiologie desselben noch ganz vager Natur.

Beim Studium der Litteratur über diesen Gegenstand und bei Prüfung der etwa sich bietenden Fälle wird bald klar, dafs zwischen allgemeiner und lokaler Hypertrichosis nur ein gradueller Unterschied besteht, sowie dafs beide Zustände dieselben Ursachen haben.

Im alten Testament wird ein charakteristischer Fall von universeller Hirsuties beschrieben (Kap. 25 der Genesis); die Bezeichnung: „behaart wie ESAU", ist sprichwörtlich geworden, und die Beschreibung von ISAAKS Sohn ist so detailliert, dafs dieser mit Recht als der Repräsentant der abnorm behaarten Individuen gelten konnte. Es geht dies auch aus der Art der Verkleidung hervor, mittels welcher der sanfte JAKOB seinen rauhen Zwillingsbruder um den Segen des Vaters gebracht hat. Auffallend bleibt es, dafs in der Bibel jede weitere Auskunft über eine etwaige Abnormität bei den Nachkommen ESAUS fehlt.

In der neueren Litteratur sind mehrere bemerkenswerte Fälle von universeller Hirsuties angeführt; einer der ältesten ist der BARBARA USLERS, über welche die Chronisten einen guten Bericht geben. Sie lebte im 17. Jahrhundert und zog auf den Jahrmärkten verschiedener Städte Europas herum. Über ihrer Familie schwebt ein geheimnisvolles Dunkel, auch sind die wunderlichen Erklärungen der älteren Autoren über die abnorme Haarentwickelung einer eingehenden Prüfung jetzt nicht mehr wer

Das erste Beispiel einer durch mehrere Generationen fortbestehenden Hirsuties bildet die Familie AMRAS oder AMBRIZ von der Westküste Afrikas. ALDROVANDUS erzählt davon in seinem Werk *Monstrorum historia*; die Familie bestand aus Vater, Sohn und 2 Töchtern. Durch 3 Generationen pflanzte sich die Hirsuties bei der behaarten Familie von Birma fort; dieser Fall wurde zuerst von CRAWFORD beschrieben. Der Grofsvater kam an den Hof des Königs von Birma im Alter von 5 Jahren; er stammte von Laos, hiefs SCHWEMAONG oder SCHEVÊ-MIVONG, hatte die Durchschnittsgröfse der Birmanen und eine zarte Konstitution. Abgesehen von seiner excessiven Behaartheit und seiner mangelhaften Zahnentwickelung war keine Abnormität bei ihm vorhanden. CRAWFORD sah ihn zuerst 1829; er war damals 30 Jahre alt; nach seiner Angabe waren seine Vorfahren nicht behaart; doch ist darauf wenig Wert zu legen, da er ja im Alter von 5 Jahren bereits gefangen hinweggeführt wurde. Als er 22 Jahre alt war, wurde er vom König mit einer Birmanerin verheiratet, die ihm 4 Töchter schenkte; zwei derselben starben früh und hatten keine Abnormität; von den beiden andern war die ältere bis zum Alter von 5 Jahren normal, dann ward ihre Spur verloren; die jüngere, MAPHOON, entwickelte im Alter von 6 Monaten einen üppigen Haarwuchs und wurde nach und nach am ganzen Körper behaart. Trotzdem bekam sie einen Mann, den der König (nach DARWIN) überredet hatte; sie gebar 2 Söhne, von denen der ältere ihre Abnormität erbte; der eine starb vor einigen Jahren, der andre, MOUNG PHOSET, lebt noch und liefs sich mit MAPHOON zusammen im vergangenen Jahre in London sehen.

Auch die Geschichte von ADRIAN JEFTICHJEW aus Kostrowa in Rufsland ist bemerkenswert. Er wurde etwa 1870 „entdeckt" und in verschiedenen europäischen Städten gezeigt, wo er viel Aufsehen erregte und sogar von vielen Gelehrten, so auch von VIRCHOW, untersucht wurde; letzterer hielt über ihn in der Berliner medizinischen Gesellschaft einen Vortrag. Weder der Vater noch die Mutter ADRIANS waren mit einer ähnlichen Affektion behaftet; nähere Nachforschungen aber haben die etwas auffallende Thatsache ergeben, dafs der ADRIAN das Licht der Welt erblickte zu einer Zeit, als sein Vater sich unter der Miliz befand, sowie ferner,

dafs in einem angrenzenden Distrikt eine Frau mit einem langen Baart lebte. Es ist daher der Schlufs berechtigt, dafs zur Zeit, als ADRIANS Geburt vom Schicksal beschlossen war, in der Nähe von Kostrowa eine behaarte Familie existierte und dafs ein Mitglied derselben die Mutter ADRIANS während der Abwesenheit ihres legitimen Ehegatten durch Übernahme einiger ehelichen Pflichten zu trösten suchte.

ADRIAN vererbte auf eins von seinen Kindern seine Deformität; dieser, FÉDOR, wurde in Europa vielfach während der letzten Jahre unter der Bezeichnung „russischer Hundemensch" ausgestellt.

Der ebenso sonderbare Fall der mexikanischen Tänzerin JULIA PASTRANA gehört gleichfalls hierher. Ihre äufsere Erscheinung war aufserordentlich abschreckend, und doch scheint es, dafs sie besondere Reize oder die Macht der Bezauberung besafs, denn sie starb infolge der Geburt eines Kindes, bei welchem sich einige Monate später Hirsuties entwickelte; leider fehlt über das fernere Schicksal desselben jede weitere Nachricht.

Vor einigen Jahren wurde in London ein junges, völlig mit Haaren bedecktes Mädchen als „KRAO, the missing link" gezeigt; dasselbe wurde im Binnenlande von Laos entdeckt, von wo, wie man sich erinnern wird, auch SCHWE-MAONG stammen soll; die Eltern von KRAO sind, wie man behauptet, gleichfalls behaart. Das ist von hohem Interesse, da es die Existenz einer grofsen Familie oder möglicherweise eines Stammes völlig behaarter Leute im fernen Indien zu beweisen scheint. — Zwei Fälle von Hirsuties geringeren Grades, die durch drei Generationen hindurch fortbestand, werden von MICHELSON angeführt.[3]

Der Militärchirurg A. LEITH ADAMS erwähnt 9 Fälle von übermäfsiger Haarentwickelung bei Rekruten; bei 6 von diesen wurde Erblichkeit nachgewiesen, gewöhnlich bei den männlichen Deszendenten.[4]

Besonders charakteristisch war in den meisten dieser Fälle die mangelhafte Zahnbildung. SCHWÉ-MAONG hatte nur 4 Ober-

[3] *Virchows Archiv.* Bd. 100.
[4] *London Lancet.* May 16. 1874.

kiefer- und 5 Unterkieferzähne; Backzähne fehlten gänzlich; die Zähne selbst waren zwar gut, doch klein, als jener im Alter von 30 Jahren untersucht wurde. Seine Tochter MAPHOON hatte dieselbe Zahnanomalie; sein Enkel MOUNG PHOSET hatte 4 Oberkiefer und 6 Unterkieferzähne.

ADRIAN JEFTICHJEW hatte nur einen linken Eckzahn im Oberkiefer, aber sämtliche Zähne des Unterkiefers.[5] Sein Sohn FÉDOR hatte zwei obere Eckzähne, einen mittleren und zwei seitliche Schneidezähne im Unterkiefer. Es scheint, dafs FÉDOR einen verloren hat, da er nach einem Bericht aus dem Jahre 1873 vier Schneidezähne hatte.

Bei KRAO waren nach BARTELS die bei den andern fehlenden Zähne vorhanden, doch erscheinen dieselben, einer in meinem Besitz befindlichen Photographie nach zu urteilen, sehr defekt. JULIA PASTRANA dagegen hatte nach GRESWICH, der sie untersuchte, eine doppelte Reihe von Zähnen in beiden Kiefern. Ein auffallendes Pendant zu den beschriebenen Anomalien bilden, wie DARWIN gezeigt hat, haarlose Hunde, bei welchen stets mangelhafte Zahnentwickelung sich finden soll.

Der Versuch, die Hirsuties als Atavismus oder Rückschlag in einen früheren Typus zu deuten[6], ist kaum zur Erklärung heranzuziehen, denn bei pathologischen Zuständen wurde eine solche atavistische Tendenz bis jetzt nicht beobachtet. Auch die andre Theorie, nach welcher Hirsuties eine Entwickelungshemmung bedeutet (UNNA), erscheint mir, so plausibel sie auch an sich ist, noch nicht hinreichend erhärtet. Nur eins ist meiner Meinung nach sicher, dafs bei Hirsuties Heredität ein wichtiges Moment bildelt. Zwar zeigt sich der hereditäre Charakter nicht stets bei den Deszendenten, doch mufs man bedenken, dafs bei der Zeugung zwei Faktoren mitwirken, der männliche und weibliche Einflufs. Sind auch die Gesetze der Vererbung noch nicht wissenschaftlich erforscht und erklärt, so haben doch diesbezügliche Beobachtungen viele eigentümliche Thatsachen in Hinsicht auf diesen Prozefs klargestellt.

[5] Nach MICHELSON; nach andern waren überhaupt nur 4 vollkommen entwickelte Zähne vorhanden, von den übrigen fanden sich nur Andeutungen.

[6] BEIGEL, Über abnorme Behaarung beim Menschen, in *Virchows Archiv*. Bd. 44. pag. 427.

Die Geschichte aller Fälle von Hirsuties lehrt, dafs die Vererbung dieser Abnormität in der Regel direkt vom männlichen Geschlecht ausgeht. Dies erscheint auch im Hinblick auf die an sich stärkere Behaarung der männlichen Individuen nicht auffallend.

Die Beispiele der Birmafamilie, der Familie AMBRIZ, der Leute aus Kostrowa, der JULIA PASTRANA mit ihrem Kinde, sowie der KRAO beweisen, dafs universelle Hirsuties fast immer hereditär ist, daher hat man auch triftige Gründe zu der Annahme, dafs die meisten Fälle von lokaler Hypertrichosis sich auf dieselbe Weise erklären lassen. Unter den Fällen von Hypertrichosis weiblicher Individuen, die ich in den letzten 5 Jahren beobachtet habe, finden sich 3 mit hereditärer Anlage zu dieser Affektion. BEIGEL und andre haben dieselbe Disposition zur Vererbung eines Bartes resp. Schnurrbärtchens konstatiert. MAX NORDAU behauptet, wahrscheinlich mit etwas Übertreibung, dafs die Frauen der Provence fast durchweg Bärte haben, Backen- und Schnurrbärte. Bei Jüdinnen ist Hypertrichosis im Gesicht oft sehr markant. Die Haarbrücke zwischen den beiden Augenbrauen findet sich oft bei ganzen Familien und vererbt sich von Generation zu Generation.

Offenbare Ausnahmen von den Gesetzen der Vererbung bei Hirsuties sind schwer zu erklären, doch nicht mehr als die bei andern Anomalien und Krankheiten. So sind beispielsweise Pigmentnaevi oft erblich in mehreren Generationen, und doch können einzelne Glieder der gezeichneten Familie völlig frei von diesen Flecken sein. Psoriasis und Xanthoma zeigen ähnliche Eigentümlichkeiten. Die Schwierigkeit der Erklärung dieser Anomalien beruht lediglich auf unsrer Unkenntnis der Gesetze der Vererbung. Neuere embryologische Forschungen haben anscheinend ergeben, dafs die männlichen und weiblichen Zeugungsstoffe verschiedene Keimblätter bedingen derart, dafs das Epiblast hauptsächlich von ersterem, das Hypo- und Mesoblast von letzterem abgeleitet ist. Demnach würden sich Anomalien des Epithels wahrscheinlicher in der männlichen, die der Cutis und deren Adnexa mehr in der weiblichen Linie vererben.

Die Thatsache, dafs bei Frauen oft zur Zeit der Pubertät

oder nach der Menopause Haare im Gesicht hervorzuspriefsen beginnen, widerstreitet der hier vertretenen Ansicht von der Erblichkeit der Hypertrichosis nicht; denn viele hereditäre Krankheiten und Eigenschaften treten erst im späteren Lebensalter auf. Die Hauptschwierigkeit beruht darauf zu erklären, in welcher Weise sich der elterliche Einflufs bei der Übertragung physikalischer Charaktere auf die Nachkommenschaft geltend macht. —

Indem ich die Ansicht ausspreche, dafs Hirsuties meist erblich ist, bin ich mir des Umstandes wohl bewufst, dafs dieser Zustand auch acquiriert werden kann. Gewisse Affektionen des Nervensystems und andre Reizungszustände begünstigen, wie wohl bekannt, die Entwickelung von Hypertrichosis auch in Fällen, wo eine hereditäre Disposition dazu nicht vorhanden ist. Hirsuties im Gesicht bei geisteskranken Frauen kann zu der neuritischen Varietät gerechnet werden; Hypertrichosis infolge von Reizungen der Haut wird häufig auf denjenigen Partien beobachtet, welche konstanter und lange anhaltender Einwirkung von Reizmitteln ausgesetzt sind.

(Übersetzt von Dr. LIER, Sommer in Bad Kreuznach, Winter in Hamburg.)

—

Über die Behandlung der Syphilis des Nervensystems während der letzten 13 Jahre.

Von

Dr. SCHUSTER
in Aachen.

Obzwar die bahnbrechenden Arbeiten VIRCHOWS über syphilitische Erkrankung des Gehirns den frühern einseitigen Standpunkt über die Auffassung der Gehirnerscheinungen als abhängig von Schädelknochenerkrankung beseitigten, obzwar wir aus den 60er Jahren durch die Arbeiten LANCÉREAUXS, STEENBERGS und WAGNERS und andrer bereits auf die syphilitische Erkrankung der Hirngefäfse hingewiesen wurden, so hat doch erst die Arbeit HEUBNERS: *Die luetische Erkrankung der Hirnarterien.* 1874, das Verständnis der syphilitischen Gehirnerkrankung dem

ärztlichen Publikum so recht erschlossen. Ich glaubte daher auch den Bericht über Behandlung der Syphilis des Nervensystems mit dem genannten Jahre beginnen zu sollen. Bei dem mir fast nur aus meiner Bibliothek zu Gebote stehenden Material bedaure ich, vielleicht manche hierher gehörige Arbeit unberücksichtigt gelassen zu haben, werde mich aber freuen, wenn die hauptsächlich die Therapie genannter Erkrankungen leitenden Gesichtspunkte der letzten Jahre ihren Ausdruck fanden.

Es wurden von mir benutzt

Heubner 1874	Buzzard 1874	v. Rinecker 1876
Schultze 1878	Charcot 1878	Fournier 1879
Stretch Dowse 1879	Mendel 1879	Teuffel 1880
Grasset 1881	Buzzard 1882	Bumstead und
Wernicke 1883	Leyden 1882	Taylor 1883
Chwostek 1883	Gowers 1886	Biedenkap 1886
Ziehen 1887	Seligmüller 1887	Strümpell 1887
Rumpf 1887	Gerhardt 1887	

Heubner zieht in seinem epochemachenden Buche: *Die luetische Erkrankung der Hirnarterien.* 1874, aus vielen hierher gehörigen und angeführten Krankengeschichten den Schluſs, daſs die Erscheinungen, welche wir auf die Erkrankung der Hirnarterien beziehen, einer Besserung und Heilung fähig sind; daſs selbst die scheinbar irreparabeln Leiden einen beinahe vollständigen Ausgleich erfahren, daſs ein Stillstand der Neubildung allerdings mit dauernder Verengerung der betreffenden Röhren möglich ist. Auch von den tödlich endenden Fällen wurden die am längsten am Leben erhalten, welche mit spezifischen Mitteln behandelt worden waren.

Schon eine Art Prophylaxis kann vielleicht da eintreten, wo man es erst mit irgend welcher Hirnnervenlähmung zu thun hat; man muſs schleunigst das am raschesten und sichersten wirkende Mittel, das Quecksilber, in Anwendung bringen, und zwar muſs es fortgesetzt angewendet oder in Pausen wiederholt werden, bis deutliche Zeichen der Besserung sich erkennen lassen. Die neueren Erfahrungen der Aachener Ärzte lehren, daſs eine geeignete Hautpflege den Organismus für die Einwirkung der Inunktionskur empfänglich macht, so daſs eine Wiederholung der Kur trotz öfterer Quecksilberkuren hiermit erleichtert ist.

Am meisten scheint besonders bei somnolenten Kranken die Inunktionskur empfehlenswert. HEUBNER hält es nicht unter allen Umständen für geboten, den Kranken gut zu nähren; bei kräftigen Individuen pafst ein entziehendes Regime; dagegen ist die Aufmerksamkeit hauptsächlich auf eine Anregung der Herzthätigkeit zu richten, sowie überhaupt möglichste Erleichterung des Blutzuflusses zum Gehirn und der Blutbewegung in den Arterien, sei es durch Ruhe oder horizontale Lage, gewährt werden mufs. Man wird also in diesen Fällen von Schwindel, „Wallungen" nach dem Kopfe, Betäubung, Schlafsucht, aufser der allgemeinen Behandlung die symptomatische und hierbei meist keine ableitende, sondern eine zuführende Methode eintreten lassen; Alkohol in verschiedener Form, selbst medikamentöse Stimulantien und namentlich — bei frequentem Pulse — die Anwendung der Digitalis, das Legen einer Eisblase in die Herzgegend sind hier am Platze.

Die nach der Abheilung der schweren Affektionen zurückbleibenden Lähmungen u. s. w. sind natürlich nach allgemeinen Grundsätzen zu behandeln; die Elektrizität, gymnastische Übungen, Bäder u. s. w. müssen in Anwendung kommen.

In demselben Jahre 1874 erschien von BUZZARD ein Buch: *Syphilitische Nervenaffektionen.*

In bezug auf deren Behandlung wird hervorgehoben, wie die syphilitischen Nervenaffektionen unter allen andern die meiste Aussicht für eine Behandlung bieten, vorausgesetzt, dafs sie früh erkannt werden. Gummöse Affektionen, Erkrankungen der Gefäfse würden leicht bleibende Störungen zurücklassen. Die Folgen der Nervensyphilis als Degeneration der Nerven sind nicht mehr Gegenstand der spezifischen Behandlung. BUZZARD beginnt unabhängig von der Frage, ob man sekundäres oder tertiäres Stadium habe, die spezifische Behandlung mit Jodkali; aber er betont, dafs grofse Gaben des Mittels erforderlich seien zur nachhaltigen Wirkung, nicht 10 bis 20 gran 3 mal tägl., sondern 30, 40, 60 bis 90 gran, d. i. 2, 3, 4 bis 6 g 3mal tägl. seien notwendig. Joderscheinungen seien danach nicht häufiger als nach kleinen Dosen. Indigestion, Anämie in den erwähnten Krankheiten verschwinden oft rasch durch Jodkali.

Wenn nach 3—5wöchentlicher Anwendung dieses Mittels

die Besserung eine geringe sei, gehe er zum Merkur über. Kachexie ist an und für sich keine Kontraindikation. Nur da, wo sie mit Amyloiddegeneration einhergeht, versagen sowohl Jodkali wie Merkur. Die Mittel müssen lange und bei den geringsten Anzeichen eines Rückfalles wiederholt angewandt werden, da wo syphilitische Paralyse von peripherer Nervenaffektion herrührt, empfiehlt er den Induktionsstrom.

v. RINECKER bemerkte in seinem Vortrage über syphilitische Psychosen 1876 (s. *Arch. für Derm. u. Syph.* 1878) mit Rücksicht auf die durch antisyphilitische Behandlung bei psychischer auf syphilitischer Basis entwickelten Störungen sowohl maniakalischen wie depressiven Charakters erzielten Resultate in mahnender Weise, dafs bei jeder schweren, insbesondere chronischen Hirnstörung an die Möglichkeit eines noch fortdauernden syphilitischen Leidens zu denken sei. Läfst sich solch ein Zusammenhang auch nur vermuten, so soll man ohne Zögern zur spezifischen Behandlung greifen. Es hänge von der zwischen Lues und Gehirnstörung verlaufenen Zeit und von dem Stande der Ernährung ab, ob man Jodkali oder Merkur versuche. Bei der Anwendung des Merkurs empfiehlt er die BAMBERGERsche Quecksilberalbuminat-Injektionskur; schon nach 3—4 Injektionen sah man günstige Wirkung.

CHARCOT spricht sich in seiner 20. Vorlesung über partielle Epilepsie syphilitischen Ursprungs (1878) dahin aus, dafs, so lange die partielle syphilitische Epilepsie nicht inveteriert ist, d. h. so lange die sie klinisch zusammensetzenden Anfälle durch Intervalle getrennt sind, welche von jedem permanenten Symptom freibleiben, so lange darf man in der mit der erkrankten Pia mater in Kontakt stehenden grauen Hirnsubstanz nur transitorische, keine destruktiven Veränderungeu annehmen. Er empfiehlt, selbst wenn lange Zeit hindurch kleine Dosen Quecksilber oder mittelgrofse Dosen Jodkali vergebens fortgebraucht wurden, dafs man dennoch zu grofsen Dosen, gewissermafsen Gewaltmafsregeln, übergehen müsse. Tägliche Einreibungen von 5—6 g grauer Salbe, gleichzeitige Einverleibung von 6—8—10 g Jodkali in 24 Stunden, und zwar teils per os, teils per anum, womöglich während 20 Tagen; dann einige Tage pausiert, dann wieder ganz wie das erstemal eingegriffen und dies 3—4 mal wiederholt, das könne zum Ziele führen.

Im Anschluſs an den Befund von 5 Autopsien Syphilitischer, die an den Folgen der Myelitis gestorben waren, bespricht SCHULTZE (s. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1878) die Beziehungen der Myelitis zur Syphilis und hebt die Renitenz der von ihm unter anderm gefundenen Verdickungen der Meningen sowie der Gefäſserkrankungen gegen die verschiedenen nur vorübergehend günstig sich erwiesenen antisyphilitischen Kuren hervor. Es spricht dies aber nicht gegen den Zusammenhang der Meningitis und Myelitis spinalis mit Lues, da ja häufig auch andre auf Lues beruhende Veränderungen, z. B. die HEUBNERschen Arteriendegenerationen und in noch eminenterer Weise die Lebercirrhose allen Mitteln trotzen.

FOURNIER empfiehlt in seinem Buche: *La syphilis du cerveau.* 1879, gegen die Gehirnsyphilis die spezifische Behandlung erstens so früh als möglich, zweitens so energisch als möglich. Man verordne Merkur und Jodkali zugleich; Jodkali in Anfangsdosen von 3 g tägl., damit zu steigen bis zu 8 g tägl.; den Merkur in irgend einer in den Organismus ohne Schädigung eindringenden Form, Protojoduret in Tagesdosen von 0,1 bis 0,2 oder Sublimat in Tagesdosen von 0,02 bis 0,05 mit der nötigen Überwachung. Die Einreibungen mit grauer Salbe empfiehlt er besonders in Dosen von 5 bis 8 bis 10 g, wobei das Entstehen leichter Zahnfleischreizung erwünscht ist. Die Behandlung muſs mehrere Monate fortgeführt, dann aber mehrere Monate ausgesetzt werden, weil die Wirkung des Merkurs sich schlieſslich durch Gewöhnung abschwächt, der Merkur, zu früh wieder aufgenommen, nicht zur Wirkung kommen würde. Deshalb rät FOURNIER, die beiden Mittel Jodkali und Merkur abwechselnd zu gebrauchen. Hierdurch vermeide man die Abschwächung durch Gewöhnung. Ferner muſs die Behandlung nach Beseitigung der Erscheinungen noch lange fortgesetzt werden und zwar mehrere Jahre nacheinander. Ein Hilfsmittel der Behandlung ist oft die Hydrotherapie. Namentlich auſser Zweifel sind für FOURNIER neben den Inunktionen und Jodkali die kalten Douchen, 1 bis 2 mal täglich, bei der epileptischen Form der Cerebralsyphilis. Dagegen sind sie zu vermeiden bei Erregungszuständen des Gehirns, Delirien. Hier ist Bromkali in der Dosis von 4 bis 6 g pro die ein gutes Hilfsmittel. Gegen heftige Kopfschmerzen oder Excitationen empfiehlt er auch die Morphiuminjek-

tionen. Auch hilft bei heftigster Cephalaea ein Vesikator auf die Kopfhaut. Die Elektrizität hat FOURNIER überhaupt, auch bei den Paralysen, wenig Dienste gethan. In den Fällen von Cerebralsyphilis, die sich durch Anämie resp. Reduktion der Kräfte auszeichnen, empfiehlt FOURNIER neben tonisierenden Mitteln die kalte Douche; bei vorgeschrittener Besserung und Beseitigung der initialen Aufregung die französischen Schwefelbäder; ganz besonders während und längere Zeit nach der Kur verlangt FOURNIER cerebrale Ruhe, Vermeidung jeglicher Excesse.

STRETCH DOWSE sagt in seinem Werke: *Syphilis of the brain and spinal chord*, 1879, in bezug auf Behandlung, indem er vor dem bedingungslosen Gebrauch des Merkurs oder Jods, da wo Gehirnsyphilis diagnostiziert ist, warnt: Es gibt ein Stadium der Syphilis und das gilt auch für die Syphilis des Gehirns, wo Merkur und Jodkali für den Kranken äufserst nachteilig sind. Er meint die speckige (Amyloid-) Degeneration, die oft mit Gumma des Gehirns gepaart ist und wo grofse Depression der vasomotorischen Zentren besteht. Hier findet man grofse Mengen Urin von geringem spezifischen Gewicht, leichter Alkaleszenz und albuminhaltig, ohne dafs Nierenaffektion vorhanden wäre. In solchem Falle gibt DOWSE als Vorläufer des Merkurs Eisenchlorid 3 mal täglich und 2 mal wöchentlich ein starkes Abführmittel; daneben kräftigende Speisen in kleinen Mengen alle 2—3 Stunden, und in vorsichtiger Weise Stimulantien (4 Unzen Brandy in 24 Stunden). Sind die albuminoiden Veränderungen syphilitische, so wird sich bald eine allgemeine bemerkbare Besserung zeigen. Die Harnmenge und der Albumingehalt nehmen ab. Jetzt wird man Jodkali mit grofsem Erfolge folgen lassen. DOWSE gibt aber auch gern Merkur noch vor dem Jodkali. In verschiedenen Fällen von gummöser Entartung der Gehirnhäute hat DOWSE von der noch so umsichtigen Anwendung des Merkurs keinen Nutzen gesehen. Eine Ausnahme macht er für die hereditäre Syphilis der Kinder, wo Merkureinreibungen mit Jodkalibädern wunderbar wirkten. Vom Jodkali hat DOWSE abweichend von der allgemeinen Ansicht sowohl in kleinen wie in grofsen Gaben nur in seltenen Fällen Erfolg gesehen.

Dagegen sah er von Jodkalibädern da Erfolg, wo Jodkali

innerlich nicht vertragen wurde. Der Kranke wird, gut abgeseift, auf einige Minuten in einem Sodabade belassen, dann wird dem Bade eine Lösung von 7 g Jodkali zugesetzt; der Patient bleibt 10 Minuten im Bade; dann erhält er eine kalte Douche; hierbei hat er nie Jodismus gesehen.

In schmerzhaften Nervenaffektionen setzt er mit grofsem Erfolge dem Jodkali Chloral hinzu. Bei starken kongestiven Zuständen, wie solche bei Gumma der Dura, insbesondere der Pia mater vorkommen, sollen Blutentziehungen nie vergessen werden. Aufserdem empfiehlt er hier an Stelle der Eiskompressen auf abrasiertem Kopfe schweifstreibende, stark spirituöse Umschläge als besonders wirksam; dabei Ruhe, Erwärmen der Unterextremitäten, Vermeidung aller Stimulantien, aber oft gereichte Fleisch- und Milchnahrung; eine volle Dosis Chloral zum Schlafmachen.

Gesellen sich epileptiforme Anfälle hinzu, so empfiehlt er eine grofse Dosis Kalomel oder Krotonöl, sorgfältige Überwachung der Blase und alle 4 Stunden Jodkali. Treten jedoch Depressionserscheinungen auf, da wo wir Thrombose, kleine Hämorrhagien, Erweichungserscheinungen annehmen, Anfälle von Somnolenz, Paralyse haben, da wären Eisumschläge sehr nachteilig. Hier werden die peripheren Nerven durch Senfpflaster angeregt, leichte Stimulantien gegeben. In einem Falle von gefährlicher Depression that der auf die Waden angewandte galvanische Strom Dowse vorzügliche Dienste. Bei gefahrdrohendem Coma empfiehlt sich diese Anwendungsweise des galvanischen Stromes gar sehr. Aufser diesen Mitteln sind neben der richtigen Hygieine Merkur und Jod fast unentbehrlich.

Mendel (s. *Deutsche med. Wochenschr.* 1879) hat, indem er auf den häufigen Zusammenhang der Dementia paralytica und Syphilis hinweist, mit der antisyphilitischen Behandlung wenig erreicht. Er wirft aber die Frage auf, ob nicht frühe Merkurbehandlung in dem Stadium der ersten hypochondrischen oder melancholischen Verstimmung wesentliche Heilerfolge würde erzielen können.

Teuffel (s. *Arch. für Dermat. u. Syph.* 1880) erwähnt eines Falles von Gehirnsyphilis, die in Form von epileptischen Anfällen, Sprach- und Gehstörungen mit dem Bilde der progressiven Para-

lyse sich äufserte. Eine dreiwöchentliche Inunktionskur mit nachfolgendem Jodkali (2 g pro die) und 2 Dampfbäder die Woche erzielten grofse Besserung. Einige Monate darauf Parese des rechten Armes, Lähmung der Sphinkteren, erschwerte Artikulation und Deglutition. Besserung unter kombinierter Merkur-Jodkalibehandlung; aber am 28. Tage der Behandluug epileptiforme Anfälle mit folgender Somnolenz und verzweifelter Gemütsstimmung. Nach 2 Tagen Besserung und rasche Genesung. Als Nachkur Jodkali 2 g täglich und kalte Douchen 4 Wochen lang. Einen Monat darauf kam noch ein epileptischer Anfall, dann aber kam auf den täglichen Gebrauch von 5 g Jodkali während mehrerer Monate überhaupt kein Anfall mehr. (Bis $^5/_4$ Jahre beobachtet.)

Grasset widmet in seinem Buche: *Les maladies du système nerveux.* 1881, der Syphilis ein besonderes Kapitel, worin er der von Henoch beobachteten spezifischen Paralysen Neugeborener, der hereditären Syphilis des Nervensystems neben der der acquirierten Erwähnung thut. Die Behandlung wird nur im allgemeinen besprochen, dafs man heute einig sei, die Syphilis der Nervenzentren, auch wenn sie nur vermutet wird, schnell und energisch mit pünktlichst ausgeführter Behandlung zu bekämpfen. Er führt dann die bereits erwähnte Charcotsche Behandlungsmethode für die schweren Formen an.

Buzzard lenkt in seinem Buche: *Clincal lectures on diseases of the nervous system.* 1882 die Aufmerksamkeit auf die Wochen dauernde Somnolenz bei Fällen von Gehirnsyphilis. Der von ihm erwähnte Fall betraf einen jungen Mann und wird durch Arteriengumma, und als dessen Folge partielle Atrophie der Gehirnsubstanz erklärt. Der zweimonatliche Gebrauch von Jodkali in Tagesdosen von 1,5 g verhinderte hier nicht den Eintritt von Hemiplegie, während die nun angewendeten Merkurinunktionen den Patienten völlig herstellten. Buzzard kommt zu dem Schlusse, dafs bei Gumma der Gehirnarterien das Jodkali von keinem Nutzen, die Merkurinunktionen dagegen indiziert seien.

Auch in dem Kapitel „Syphilitische Paraplegien, sowie der Paralysis ascendens acuta“ bemerkt Buzzard, dafs in solchen Fällen grofse Dosen Jodkali mehr erzielen, als die gewöhnlichen,

und dafs eine Merkurbehandlung da noch helfen kann, wo jede Jodbehandlung unwirksam bleibt.

In dem Kapitel „Tabes dorsalis und Syphilis“ steht die Erklärung eines Zusammenhanges beider Krankheitszustände noch aus. Thatsache aber ist, dafs bei wirklicher Tabes die Hoffnungen, die man auf eine antisyphilitische Behandlung baute, sich nicht verwirklicht haben. Das eine und andre mal sehen wir allerdings bemerkenswerte Besserung auf Jodkaligebrauch; dagegen hat Buzzard von noch so sorgfältiger Merkurbehandlung in einer Anzahl von Tabesfällen, wo die Geschichte der Syphilis unabweisbar war, überhaupt nichts Gutes, eher die Neigung zu nachtheiliger Wirkung gesehen. Da, wo sie günstig wirkte, hatte man es offenbar mit zirkumskripter Meningitis oder Myelitis der hinteren Rückenmarksteile zu thun, die tabesähnliche Erscheinungen machten. .

(Fortsetzung folgt.)

Ein regulierbarer Zerstäuber.

Von

P. G. Unna.

Mit Abbildung.

Es existieren bis jetzt zwei verschiedene Arten von Zerstäubern von Flüssigkeiten für den medizinischen Gebrauch; ich will sie als saugende und drückende unterscheiden.

Bei der ersteren Art saugt der meist horizontal geführte, zerstäubende Luftstrom selbst die Flüssigkeit an sich, die er zerstäubt, und mufs daher erst bis zu einer gewissen Stärke anwachsen, ehe er den ersten Tropfen in der zur Röhre jenes Luftstroms senkrechten vertikalen Flüssigkeitsröhre auf sein Niveau zu heben imstande ist. Dafür wächst aber auch weiterhin die Menge der angesaugten Flüssigkeit proportional der Stärke des Luftstroms und zwar theoretisch in unbegrenztem Mafse, praktisch bis zu einer Stärke, die von den Dimensionen des Apparates, dem spezifischen Gewichte der versprühten Flüssigkeit und im geringen Grade auch von dem Material des Apparates und der Adhäsion zwischen demselben und der Flüssigkeit abhängt.

Diese Form des Zerstäubers paſst daher hauptsächlich dort, wo groſse Massen eines billigen Materials versprüht werden sollen, wo bedeutende Zerstäubungskräfte zur Verfügung stehen (Dampf, komprimierte Luft etc.) und wo es anderseits nicht auf eine feinere Variationsfähigkeit der Dichte des Zerstäubungsnebels ankommt.

Denn da hier Luftstrom und Flüssigkeitsmenge proportional wachsen, so ist für einen bestimmten Apparat und eine Flüssigkeit von bestimmtem spezifischen Gewicht und bestimmter Kohäsion die Dichtigkeit des entstehenden Nebels stets dieselbe.

Bei der zweiten Art der Zerstäuber zweigt sich aus dem ganzen Luftstrom ein Teil ab, welcher zur Hebung der Flüssigkeit durch Druck auf dieselbe dient. Der zerstäubende Teil des Luftstroms umgibt hier die austretende Flüssigkeit von allen Seiten; beide sind also gleich gerichtet, nicht senkrecht zueinander disponiert. Wenn die innere, Flüssigkeit führende Röhre kapillar ist, so genügt schon ein leiser Druck auf die Oberfläche der ganzen Flüssigkeit, um den ersten Tropfen bis an die Mündung der Kapillarröhre zu treiben. Hier beginnt also die Zerstäubung schon bei schwachem Luftstrom; derselbe braucht keine gröfsere Stärke zu erreichen, da er die Flüssigkeit nicht anzusaugen hat. Weiter wächst hier die Flüssigkeit aber durchaus nicht proportional mit der Stärke des Luftstroms.

Um diese Verhältnisse einfach zu veranschaulichen, will ich den Teil der Zerstäubungsluft, welcher die Flüssigkeit durch Druck hebt, die Druckluft, den übrig bleibenden Teil, welcher nur zur Zerstäubung dient, die Zerstäubungsluft nennen. Die Flüssigkeit dringt mit der Stärke der Druckluft aus dem zentralen Röhrchen, die Zerstäubungsluft aus dem dasselbe konzentrisch umgebenden, engen Cylinder hervor. Wenn die Geschwindigkeit und Masse (lebendige Kraft) der Zerstäubungsluft anwächst bei gleichbleibender Druckluft, so wächst nicht die Menge der zerstäubenden Flüssigkeit, sondern nur die Kraft, resp. Feinheit ihrer Zerstäubung und auch dieses nur bis zu einem bestimmten Punkte. Darüber hinaus übt der starke Druck der äufseren Luftsäule einen verzögernden und schliefslich die Zerstäubung gänzlich aufhebenden Gegendruck auf die innere Flüssigkeitssäule aus.

Bei gleichbleibender Kraft der Zerstäubungsluft anderseits wächst mit der Druckluft die Menge der zerstäubten Flüssigkeit auch bis zu einem gewissen Punkte. Dann aber leidet die Zerstäubung, die Tröpfchen werden gröfser, makroskopisch sichtbar und schliefslich hört die Zerstäubung ganz auf, die Flüssigkeit entleert sich als Strahl.

Bei den bisherigen Zerstäubern dieser zweiten Art sind keine Vorrichtungen angebracht, um Druckluft und Zerstäubungsluft unabhängig von einander zu variieren; beide wechseln vielmehr in stets umgekehrtem Verhältnisse, da nur ihre Summe, der Gesamtluftstrom, veränderlich ist. Jede Verstärkung der Druckluft macht sich als eine Verminderung der Zerstäubungsluft geltend und umgekehrt. Die oben berührten Grenzen, innerhalb welcher diese Zerstäuber ihren Dienst thun, nähern sich dadurch noch mehr; das Zerstäubungsgebiet verengt sich geradezu um die Hälfte.

Diese drückenden Zerstäuber passen daher nur, wo eine Flüssigkeit von höherem, speziell therapeutischem Werte durch relativ schwache Druckkräfte zerstäubt werden soll, wo anderseits alles auf eine ausgiebige Versprühung ankommt und auf eine feine Variierung und Kontrolle der Dichtigkeit des Sprühnebels.

Denn es ist klar, dafs ein sehr geringes Übergewicht, welches wir dem einen oder andren Teil des Gesamtluftstroms erteilen, auf die Feinheit des Nebels, den physikalischen sowohl wie therapeutischen Nutzeffekt von bedeutender Wirkung ist.

Aus dem Gesagten geht hervor, dafs die saugenden Zerstäuber hauptsächlich für hygieinische Zwecke (Durchfeuchtung trockener Räume, Verbreitung von Medikamenten in geschlossenen Räumen, Desinfektion etc.), die drückenden Zerstäuber für die viel feineren und genauer zu bemessenden der lokalen Therapie geeignet sind. Ich habe daher auch für den medikamentösen Alkohol- und Ätherspray vor 5 Jahren einen einfachen, drückenden Zerstäuber konstruiert. (Der medikamentöse Äther- und Alkoholspray. *Berl. Klin. Wochenschr.* 1882. Nr. 20, 21.)

In einer hirtenstabförmig gekrümmten Glasröhre verläuft zentral ein ebenso gekrümmtes Kapillarrohr, welches an seinem

unteren Ende mit dem unteren Ende der äufseren Glasröhre oder mit deren Wandungen höher oben so verschmolzen ist, dafs von unten her die in einem Reagierglase befindliche Flüssigkeit nur in das zentrale Kapillarrohr aufsteigen kann. Durch den fest schliefsenden Kork des Reagierglases geht die gekrümmte Doppelröhre hindurch und fast bis auf den Boden des Glases hinab. Der Luftstrom tritt dicht unterhalb des Schnabels durch einen gläsernen Ansatz in die äufsere Röhre ein und geht zum Teil durch den Schnabel frei nach aufsen, zum Teil drückt er durch ein seitliches, dicht unter dem Kork an der äufseren Röhre befindliches Loch auf die Luft und den Flüssigkeitsspiegel im Reagierglase und ersetzt die hierdurch verdrängte und durch das zentrale Kapillarrohr entweichende Flüssigkeit. Der Mund des Arztes oder Patienten oder ein kleines Doppelgebläse von Gummi[1] liefern einen hinreichend starken Luftstrom. Besonders praktisch erwies sich hierbei die Trennung der Zerstäubungsröhre von dem Flüssigkeitsbehälter und ihre Anpassung an das Kaliber eines Reagierglases, dessen Inhalt für den gewöhnlichen einmaligen Gebrauch stets ausreicht.

In den Jahren, seitdem ich diese Zerstäuber anwandte, ergab sich als der einzige, mir fühlbare Mangel an denselben die Unmöglichkeit, den Sprühnebel nach Stärke und Feinheit abzustufen und zu regulieren. Die Lösung dieses Problems zu überwinden ist mir nun neuerdings mit Hilfe des Instrumentenmachers Herrn Straszacker, ebenfalls gelungen.[2]

Früher war man bei meinen Sprühgläsern sowohl, wie bei allen käuflichen Zerstäubern aus Metall oder Hartgummi in bezug auf die volle Ausnutzung der Flüssigkeit auf den Fabrikanten angewiesen. Wenn der Zerstäubungstrahl zufällig ein wenig zu grob ausfiel, so liefs sich dieser Fehler nachträglich kaum korrigieren. Einen vom Fabrikanten für Wasser konstruierten Zer-

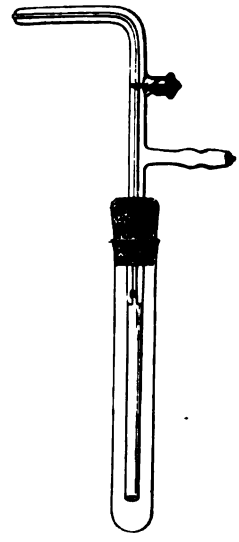
[1] Für Polikliniken und Sprechzimmer der Spezialisten eignen sich sehr gut alte Exemplare von Waldenburgs pneumatischem Apparat, welche, durch Gewichte beschwert, einen lange anhaltenden und genügend starken Luftstrom geben.

[2] Mein neuer regulierbarer Zerstäuber ist vorrätig bei Herrn Straszacker in Hamburg, Steindamm.

stäuber zum Zwecke der Ätheranästhesie zu verwenden, gelang gewöhnlich nicht, da nur ein Teil des Äthers ausgenutzt, d. h. vollständig zerstäubt wurde u. s. f. Bei meinem neuen Zerstäuber genügt eine geringe Schraubendrehung, um denselben für jede gewählte Flüssigkeit und für jede beliebige Stärke des Luftstroms so zu regulieren, dafs eine maximale Ausnutzung der Flüssigkeit eintritt.

Nach dem soeben erörterten Prinzip der drückenden Zerstäuber ist es klar, dafs die erwünschte Regulierung ebensowohl durch eine Veränderung der Druckluft wie durch eine solche der Zerstäubungsluft allein bewerkstelligt werden kann. Zwei Orte des Instrumentes sind vor allem hierzu geeignet, die Teilungsstelle des Luftstroms in der äufseren Röhre und die konzentrischen Mündungen beider Röhren. Man könnte z. B. dort durch Vorschieben eines Schiebers den Gesamtluftstrom allmählich am freien Austritt mehr und mehr verhindern und dadurch der Druckluft ein Übergewicht über die Zerstäubungsluft erteilen. Man könnte die Mündungen beider Kanäle als zwei konzentrierte ineinander passende Kegel konstruieren, durch deren Zusammenrücken die zwischen beiden befindliche Zerstäubungsluft reduziert würde zu gunsten der Druckluft. Die Ausführung dieser Ideen erwies sich zu kompliziert, die letztere überhaupt nur in Metall oder Hartgummi, nicht in Glas möglich.

Dagegen führte folgende Beobachtung zu einer sehr einfachen Konstruktion eines gläsernen, regulierbaren Zerstäubers. Das Verhältnis der beiden Luftkomponenten ist nämlich in hohem Grade abhängig von der relativen Lage der beiden Kanalmündungen zueinander. Bei meinen früheren Sprühgläsern z. B. bewirkte das Abbrechen eines Stückchens von der Spitze des Kapillarrohrs von $^1/_2$ mm Länge bereits eine erhebliche Verstärkung der Zerstäubungsluft, d. h. eine Verringerung der Flüssigkeitsmenge und zugleich eine feinere Versprühung derselben. Wenn es also gelang, diese feine Spitze des Kapillarrohres beliebig vor- und zurückzubewegen, so würde dadurch eine vorzügliche Regulierung des Sprühnebels ermöglicht sein. Und dies ist in der That ungemein leicht, wenn man die natürliche Elastizität des kapillaren Glasröhrchens benutzt.



Ein feiner, metallener Halbring umfaſst hakenförmig das Kapillarröhrchen etwas oberhalb des Ansatzes, welcher die Gesamtluft zuführt. Er ist in einem zweiten gläsernen Ansatz befestigt und durch eine Schraube etwa 2 mm — eine solche Exkursion gestattet das Kapillarröhrchen an dieser Stelle — vorwärts und rückwärts zu führen. Die Schraubenvorrichtung besteht aus einem zentral durchbohrten Metallzapfen, welcher in den gläsernen Ansatz eingekittet ist, durch welchen der das Kapillarrohr umgreifende Haken hindurchgeht; da hier der Stiel des letzteren vierkantig ist, so kann er in dem Zapfen nur vor- oder zurückgehen, dagegen keine Drehbewegung machen.

Die Schraubenmutter, welche auf dem äuſseren Ende des Zapfens sich frei dreht, kann daher den Haken, welcher an seinem drehrunden Ende ein entsprechendes Schraubengewinde trägt, nur vorwärts oder rückwärts bewegen. Ein Vorsprung an der Schraubenmutter, welcher in eine Rinne des Zapfens eingreift, verhindert sie daran, bei der Drehung vom Zapfen abzufallen. Die Exkursionen des Hakens werden begrenzt durch sein Anstoſsen an die innere Wand der äuſseren Glasröhre und können daher leicht durch Verbreiterung des Halbringes beliebig beschränkt werden. Auſserdem verhindert auch der Absatz zwischen dem vierkantigen und runden Teil des Hakenstieles ein zu starkes Zurückdrehen deselben.

Auf diese Weise ist für eine solide, ruhige, beschränkte, fein regulierbare Vor- und Rückwärtsbewegung des Kapillarröhrchens Sorge getragen. Die Spitze desselben macht natürlich diese Bewegung in etwas vergröſsertem Maſsstabe mit. Da aber zugleich eine — allerdings minimale — Radbewegung hinzukommt, welche beim Rückgange des Hakens die Spitze des Kapillarrohrs um ein geringes hebt, beim Vorgange dieselbe ebensoviel senkt und sie daher ein wenig exzentrisch stellen würde, so ist die zentrale Führung des Kapillarrohrs dicht vor seinem Ende noch

durch einen in die äufsere Röhre eingeschmolzenen Glasring gesichert.

Es könnte scheinen, dafs durch diese zweifache Inanspruchnahme der Elastizität eines gläsernen Kapillarröhrchens das Instrument allzu zerbrechlich würde. Aber die Erfahrung hat gelehrt, dafs diese Voraussetzung falsch ist. Die Konstruktion dieses Zerstäubers hat sich als eine ebenso solide, wie fein und sicher arbeitende bewährt. Hinzu kommt, dafs eine einmalige feine Einstellung der Schraube genügt, solange man dasselbe Gebläse und dieselbe Flüssigkeit benutzt, und dafs man während der Ruhepausen das Kapillarrohr in eine mittlere Stellung zurückführen kann, wenn eine stärkere Inanspruchnahme seiner Elastizität sich beim Gebrauche als notwendig erwiesen hat.

Bei Benutzung der regulierenden Schraube ergibt sich nun sofort am Aussehen des Nebels und sogar an dem Zerstäubungsgeräusche diejenige Stellung, welche eine vollkommene Ausnutzung der Flüssigkeit gestattet, und nur diese sollte stets gebraucht werden. Versprüht man Äther, so wird nur diese Stellung den maximalen, Wärme entziehenden Effekt hervorbringen, denn aufserhalb derselben geht entweder Äther unverstäubt verloren oder es trifft in der Zeiteinheit zu wenig Äther die Haut, so dafs in keinem Fall die maximale Leistungsfähigkeit des Zerstäubers erreicht ist. Beim medikamentösen Äther- und Alkoholspray garantiert nur diese Stellung das möglichst tiefe Eindringen des Medikaments in die Hornschicht, und auch beim wässerigen Spray bedingt erst dieselbe Stellung den vollen Nutzeffekt der Sprühflüssigkeit.

Die Schraubenregulierung gestattet weiter eine einfache Untersuchung über das Verhalten verschiedener Sprühflüssigkeiten zu demselben Zerstäuber. Wenn nämlich die Stellung des Kapillarröhrchens, resp. das Verhältnis zwischen Druckluft und Zerstäubungsluft bei einem bestimmten Sprühglase für Wasser ein Optimum ergibt, zeigt sich beim Einfüllen von Alkohol oder Äther in dasselbe Glas, dafs auch diese Flüssigkeiten bei derselben Stellung ihr Optimum haben. Diese Thatsache ist leicht zu erklären. Denn da ein bestimmter Druck der Luft eine leichtere Flüssigkeit (z. B. Äther) um ebenso vieles leichter heben, wie die gehobene Flüssigkeit leichter zerstäuben wird als

ein schwereres Fluidum (z. B. Wasser), so wird das beste Verhältnis von Druckluft und Zerstäubungsluft für beide Flüssigkeiten auch genau das gleiche sein. Dafs bei den bisherigen, nicht genau regulierten Zerstäubern das Verhältnis ein andres zu sein schien und derselbe Zerstäuber sich nicht gleich gut für Wasser und Äther eignete, lag mithin nur daran, dafs in diesen Fällen überhaupt kein Optimum des Sprühnebels vorlag, denn die Abweichungen in dem betreffenden Verhältnis oberhalb und unterhalb des Optimums sind allerdings für verschieden schwere Flüssigkeiten verschiedene.

Ebenso leicht wie dieses Gesetz ist mittels des regulierbaren Zerstäubers die andre Thatsache zu demonstrieren, dafs die untere Grenze des Sprays, wo ein Minimum von Flüssigkeit durch ein Maximum von Luft zerstäubt wird, weiter hinausgeschoben werden kann durch eine Verstärkung des Gesamtluftstroms. Der stärkere Strom bringt eben noch eine bestimmte geringe Quantität zur Versprühung, die bei geringerer Stärke des Luftstroms nicht mehr — entgegen dem Druck der Zerstäubungsluft — genügend gehoben wird, um versprüht zu werden.

Während für die gewöhnlichen Zwecke des medikamentösen Sprays die nicht regulierbaren Zerstäuber, falls sie nur gut angefertigt sind, in den Händen der Patienten genügen, ist für den Gebrauch der Ärzte selbst, besonders wo es auf Versprühung flüchtiger Stoffe ankommt, und speziell für die Anästhesie mittels Äther, durchaus geraten, sich regulierbarer Zerstäuber zu bedienen.

Berichte über Versammlungen.

XII. Kongrefs der italienischen Ärzte zu Pavia.

19.—25. September 1897.

Sektion für Syphilis und Hautkrankheiten.

(Original-Bericht.)

II.[1]

Sitzung vom 21. September — Präsident: Professor Scarenzio.

Dr. Giovannini, **Über einige Untersuchungen über die anatomisch-pathologischen Veränderungen der Alopecia areata und der Alopecia**

[1] I. s. *Monath. f. pr. Dermat.* 1887. pag. 1048.

syphilitica. Redner demonstriert viele Zeichnungen und mehrere Präparate von Hautstücken, die diesen Affektionen entstammen. Es geht daraus hervor, dafs bei der Alopecia areata eine Nutritionsstörung der dem Teile des Follikels, welcher die Haarzwiebel umgibt, am nächsten liegenden Gefäfse stattfindet. Um die Gefäfse herum häufen sich massenhaft Leukocythen an, und es entsteht eine Verdickung der Bindegewebsfasern der Follikelwandungen. Aus diesen Alterationen, die dann zu einem atrophischen Prozesse führen, soll nach G. die Alopecia areata hervorgehen, da er sie in der Periode des krankhaften Zustandes stark auftretend und verbreitet fand, und weit weniger in der Heilungsperiode. Der Mechanismus, durch welchen der Ausfall der Haare erfolgt, würde jenem gleich sein, bei welchem durch eine auch ganz leichte Ernährungsstörung des Corium eine Ablösung der Epidermis zu konstatieren ist. Die Untersuchung auf besondere Mikroorganismen fiel bei Anwendung aller möglichen Färbungsmethoden negativ aus. Bei der Alopecia syphilitica fand GIOVANNINI um die Haarbälge herum, jedoch nicht bei allen, eine Erweiterung der den Balgscheiden zunächst liegenden Gefäfse, und lymphoide Infiltration verschiedenen Grades, entsprechend jener der gewöhnlichen syphilitischen Hautveränderungen. Nur dafs sie bei der Alopecia nicht oberflächlich, sondern tief gelegen ist und den Haarfollikel umgibt.

Professor MAJOCCHI erwähnt, dafs er schon im Jahre 1882 zu Modena das Ergebnis ähnlicher anatomisch-pathologischer Untersuchungen darlegte und bewies, dafs alle atrophischen Veränderungen des Haares und des Haarbalges von des Gegenwart eines Pilzes abhängen, und dafs darum jene Veränderungen sekundär sind.

MANNINO, **Klinische Geschichte eines Falles von vererbter Spätsyphilis, den sogenannten syphilitischen Pseudo-Tumor albus vortäuschend.** Redner berichtet über einen Fall eines Individuums von 27 Jahren, das von syphilitischen Eltern abstammt, mit vielen Kennzeichen der erblichen Lues, welches mit 19 Jahren an Veränderungen des linken Knies, des rechten Ellbogens und an der Stirngegend zu leiden begann, sowie auch an einer schweren rechtseitigen Choroido-Retinitis. Die in seinem 27. Jahre gestellte Diagnose war: exulcerierte multiple Gummen Nie konnte man auf eine erworbene syphilitische Ansteckung schliefsen.. Die Behandlung mittels intramuskulärer Injektionen von Ätzsublimat, Jodkalium und Trefusia (ein mit defibriniertem Tierblut von D'EMILIO in Neapel bereitetes Präparat) brachte den Kranken binnen 3 Monaten zur Heilung. Jene Veränderungen verliehen den erkrankten Gliedmafsen das Aussehen eines Tumor albus und wurden 9 Jahre hindurch als solcher diagnostiziert. Dieser Fall ist darum für den Diagnostiker von Interesse und widerspricht auch dem, was FOURNIER bezüglich des syphilit. Pseudo-Tumor behauptete, dafs nämlich die Tegumente dabei unversehrt seien und keine phlegmonöse Neigung haben, denn in diesem Falle stiefs man eben auf diese Neigung und gab es sogar starke Eiterungen.

Tommasoli, **Über einen Urethral-Injektionsapparat für Salben zur Behandlung der Gonorrhöe.** Redner zeigt der Versammlung eine neue Spritze, die den Zweck hat, längs der Harnröhre und genau an der Stelle des Krankheitssitzes und eine noch so kleine Dosis von Medikamenten in Salbenform abzulagern. Dieser Injektor besteht in einem metallischen Katheter, so lang wie jener von Ultzmann, nämlich 16 cm; in der Dicke von 18 der Charièreschen Skala, an seinem Urethralende mit einer beiläufig 3 mm breiten Öffnung. Innerhalb dieses an der Spitze leicht gebogenen Katheters läuft mit sanfter Reibung ein mit dünnem Leder bedeckter Stempel, der sich mittels eines Stieles heben und senken läfst. Im gebogenen Teile des Katheters besteht dieser Stiel aus einer gegliederten Kette, die aus beweglichen Ringen, und gegen den Handgriff zu aus einer Stange, welche eine Skala trägt, wodurch es möglich wird, auch die kleinste Menge des Medikamentes zu bestimmen, die in die Urethra deponiert werden soll. Der Stiel endigt in einen Ring und der Katheter in einen dicken, kurzen und kanellierten Kautschukcylinder, der zur leichteren Hantierung des Katheters dient. Um diese Spritze zu füllen, genügt bei genügender Fluidität der Salbe die Aspirationskraft des Kolbens, selbst bei seinem Zurückziehen. Hat jedoch die Salbe eine dickere Konsistenz, so füllt man damit zuerst eine gewöhnliche Glasspritze, und mit dieser wird das Medikament durch die Öffnung des Katheters in denselben hineingetrieben. Alle alten und neuen Versuche, namentlich jene Unnas mit den medikamentösen Zinnsonden und jene Caspers mit den ausgehöhlten Sonden, ermutigten die Herstellung eines vollkommeneren Mittels zu versuchen, um es bei der Behandlung des Trippers, insbesondere der chronischen Gonorrhöe anzuwenden. Tommasoli glaubt mit diesem neuen und einfachen Instrument einen Fortschritt in der Behandlung dieser Affektion gemacht zu haben. Alle Vorteile im allgemeinen, die man den Salben bei der lokalen Medikation zuerkennt, und im besonderen diejenigen des Lanolins, das der Schleimhaut gut anhaftet und selbst durch den herausfliefsenden Urin nur schwer weggebracht wird, treten noch mehr hervor bei Anwendung der Spritze Tommasolis, weil dieselbe eine sehr genaue Applikation des Medikamentes gestattet.

Campana, **Über Sarkomatose der Haut.** Redner hat zwei Fälle von primärem idiopathischen Sarkom untersucht und hierbei gefunden, dafs mit dieser Affektion zugleich Haut- und periphere Nervenveränderungen bestanden haben. Im ersten Falle bestand Sarkom der Nerven und der Haut, im zweiten Falle hatte man Sarkom der Haut und ein Neurofibrom. Beim ersten Falle hatte Redner trophische Veränderungen der Nägel, der Haut und des Unterhautzellgewebes; Stauungen in den Blut- und Lymphgefäfsen; Sensibilitäts- und zuweilen auch Motilitätsstörungen. Die sarkomatösen Tumoren safsen, wie dies fast immer vorzukommen pflegt, an den Extremitäten, zeigten eine gewisse Symmetrie und standen manchmal im Zusammenhange mit dem Nervenverlauf. Daraus zieht Campana den Schlufs, dafs auch die Sarkomatosis, gleichwie andre verschiedene Dermo-

pathien (Fibrome, Papillome, Angiome) eine Abhängigkeit von dem Nervensystem habe, dafs sie nämlich eine neurotische Affektion sei. Diese Ansicht würde mit den Anschauungen WINIWARTERS, CZERNYS und andrer zusammenfallen, die einen trophischen Einfluſs auf die Erzeugung gewisser Hautsarkome mit gleichzeitigen Veränderungen der entsprechenden peripheren Nerven erkannten. Redner hebt hervor, dafs bei einem der von ihm beobachteten Fälle es sich um multiple Neurofibrome mit Sarkomatose der Haut gehandelt hat; und man weifs heute, dafs diese multiplen Neurofibrome nur langsam sich entwickeln und gewöhnlich an angeborene Störungen des Nervensystems gebunden sind; demnach müfste man auch in diesem Falle die multiplen Neurofibrome nicht als eine Folge des Sarkoms der Haut ansehen, sondern als einen vorhergegangenen Zustand.

SCARENZIO, **Gebärmutterspiegel mit Kühlapparat behufs Anwendung des Thermokauters.** Demonstriert ein Speculum mit doppelter Wandung und derart konstruiert, dafs zwischen den beiden Wänden fortwährend kaltes Wasser durchfliefsen kann. Dadurch bleibt, auch nach Einführung des Thermokauters, die äufsere Wand des Spiegels stets kühl und die Vagina verträgt ihn lange Zeit. Redner will zugeben, dafs diese Idee nicht neu ist. Er hat aber eine vorteilhafte Modifikation angebracht, nämlich eine Röhre, die, innerhalb der doppelten Wandung verborgen, an den Uterinalrand des Spiegels selbst mündet und mittels einer Blasvorrichtung dazu dient, in der Tiefe des Speculum Luft zu treiben, so dafs die das Sehenhindernden Dünste beständig fortgeschafft werden.

BARDUZZI, **Das Salol und das Jodoform bei der lokalen Therapie der venerischen und Hautkrankheiten.** Nachdem Redner auf die chemische Zusammensetzung des Salols hingewiesen, bemerkt er, dafs schon EHRLICH, GEORGI, MONTAGNE, ROSENBERG und FEILCHENFELD dieses Mittel innerlich angewendet haben. Auf seiner Klinik ist es bis jetzt in ausgedehntem Mafse lokal bei verschiedenen Erkrankungsformen der Haut und bei venerischen Affektionen angewendet worden. Dr. ZORZONI wird nächstens über die damit erzielten vorzüglichen Resultate und die Anwendungsweise ausführlich berichten. — Prof. PELIZZARI teilt seine diesbezüglichen Erfahrungen mit und kann nur die von dem Vortragenden erzielten Erfolge bestätigen.

Sitzung vom 22. September. — Präsident: CASARINI.

GAMBERINI, **Über hereditäre, namentlich spät auftretende Syphilis.** (Diese Arbeit wird von Dr. SOFFIANTINI gelesen). G. gründet seine Betrachtung auf die verschiedenen, ihm bei seiner langjährigen Praxis vorgekommenen Thatsachen. Aus seiner langen Arbeit zieht er, nebst andern, wohl nicht neuen, aber begründeten Deduktionen den Schlufs, dafs die hereditäre sekundäre Spätsyphilis von der acquirierten Spätsyphilis der Erwachsenen in nichts abweicht und dafs die sogen. geerbte tertiäre Syphilis nicht zu acceptieren sei.

Mibelli, **Zur Ätiologie der Alopecia areata.** Redner erzählt, dafs ihm bei 9 Tieren die Exstirpation des Spinalganglion des zweiten Halspaares glücklich gelungen ist, und dafs bei 7 derselben (lauter Katzen) alopecische Stellen aufgetreten sind, die grofse Ähnlichkeit haben mit der Alopecia areata des Menschen. Jene Stellen kamen in verschiedenen Zeitabschnitten nach der Operation, und zwar zwischen dem 15. und 32. Tage zum Vorschein, und zeigten sich nur im Gebiete des exstirpierten Ganglions, sondern auch anderwärts, nämlich am Halse gegen die Schultern zu und an der Rückenseite einiger Zehen. Nachdem diese alopecischen Stellen durch längere Zeit unverändert geblieben, begannen sie einen Haarnachwuchs zu zeigen und binnen 3 Monaten waren sie dicht mit Haaren bedeckt. Bei nicht operierten Vergleichstieren sah man nie derlei Erscheinungen auftreten.

Prof. Pelizzari bemerkt, dafs die Katzen eine sehr zarte Behaarung haben.. Ihre Haare fallen spontan leicht aus und nicht selten nach bestimmten regelmäfsigen Figuren; demnach könne man solchen Experimenten keinen absoluten Wert beimessen, bis es nicht gelungen sein wird, auch bei andern Tierarten dieselben Erscheinungen hervorzurufen.

Hierauf werden von Dr. Peroni die Ergebnisse einer grofsen Arbeit von Dr. Behrend (Berlin): **Über die Pathogenese der Alopecia areata** mitgeteilt, die den deutschen Lesern schon bekannt sein dürfte. Behrend behauptet, dafs man die qu. Affektion, da sie an Veränderungen von Blutgefäfsgebieten gebunden ist, in Zusammenhang mit Störungen der vasomotorischen Nerven bringen müsse.

Bevor die Diskussion über dieses Thema wieder aufgenommen wird, drückt der Präsident dem deutschen Dermatologen freundliche Dankesworte aus, der eine so bedeutende Arbeit an den Kongrefs gerichtet hat.

Prof. Majocchi hebt auch hervor, wie ungemein leicht bei den Katzen alopecische Stellen auftreten können, und hält daher dieses Tier für ungeeignet zu derartigen Versuchen. Er bemerkt überdies, dafs nicht allein die Exzision der Spinalganglien, sondern auch schwerere Läsionen des Zentralsystems den Ausfall von Haaren an umschriebenen Stellen veranlassen können, und es sei bekannt, wie schon Borgherini (Padua) nach Abtragung des Cerebellum Alopecia areata auftreten sah. Redner erinnert schliefslich daran, dafs er bei der Ätiologie der Alopecia eine genetische Bedeutung besonderen Mikroorganismen zuschreibt, und die Untersuchungen Bizzozzeros (Turin) über die normalen Epidermophyten haben an seiner Überzeugung nichts geändert.

Prof. Bizzozzero bemerkt, dafs der Saccharomyces auf der normalen Haut sehr zahlreich vorkommt und dafs er sehr leicht längs des Haares in den Follikel eindringen könne, sofern ihm die gesunden Gewebe keinen zu grofsen Widerstand entgegensetzen. Mithin, wollte man auch die Gegenwart von Parasiten in der Area zugeben, wie dies Majocchi verlangt, so würde ihnen doch nur eine sekundäre Rolle zukommen, da ja schon

ihr Vorhandensein eine Distrophie des Haares und des Follikels zur Voraussetzung hat, ohne welche sie nicht eingedrungen wären.

Prof. Campana wünscht, dafs bei den operierten Katzen das Rückenmark genau untersucht werde, denn es ist möglich, dafs von den Alterationen desselben infolge vasomotorischer Störungen jene alopecischen Höfe erzeugt worden seien.

Prof. Scarenzio erinnert sich eines Falles, bei welchem die Area Celsi erblich zu sein schien.

Dr. Ciarrocchi, **Über den Zusammenhang zwischen Mykosis fungoides und primärem Hautsarkom.** Berichtet über einen sehr interessanten klassischen Fall, der, zu gunsten der Diagnose, sich vorzüglich eignet, das klinische Bild der Mykosis und deren Unterschiede von der Sarkomatose der Haut hervortreten lassen.

De Amicis, **Über Dermatitis exfoliativa universalis, aus Psoriasis hervorgegangen.** Redner berichtet ausführlich über zwei mit absolut fieberlosem Verlauf einhergegangene Fälle von Dermatitis, begleitet von Alterationen der Nägel und von Darmstörungen, die wiederholt bei zwei Individuen sich einstellten, welche vorher an Psoriasis gelitten hatten. Nachdem Redner die Natur dieser Dermatitis besprochen, die weder mit der Pityriasis rubra (Hebra), noch mit dem Pemphigus foliaceus, noch mit dem Lichen ruber etc. verwechselt werden konnte, fragt er sich, welcher Zusammenhang zwischen Psoriasis und Dermatitis exfoliativa bestanden haben mag. Für Redner sei die Psoriasis nicht parasitären Ursprungs. Übertragungsversuche, die Lassar und Tommasoli glücklich gelungen, und die er nicht nur bei Kaninchen, sondern auch beim Menschen vorgenommen hat, ergaben ihm stets negative Resultate. Diese Erkrankung könnte hingegen manchmal eine hereditäre Affektion sein, und ein von ihm genau beobachteter Fall würde ihn in dieser Meinung unterstützen. Und da die Dermatitis exfoliativa in Beziehung mit dem Nervensystem zu stehen scheint, so könnte z. B. die Psoriasis eine prädisponierende Ursache (vielleicht angeboren oder vielleicht auch erworben infolge von Störungen im Blutkreislaufe) jener Nervenalterationen abgeben.

Majocchi, **Über die multiplen periaurikulären papillären Hautteratome.** Redner setzt folgende Charaktere dieser kleinen Tumoren fest: 1. Es sind kleine, cylindrische oder keulenförmige papilläre Hervorragungen. 2. Sind stets angeboren. 3. Sitzen immer an der Regio parotidea vor dem Tragus, entweder vereinzelt oder aber zu Reihen oder Gruppen angeordnet. 4. Nehmen eine vertikale oder schiefe Richtung an und sind nicht steif. 5. Für gewöhnlich gibt es nur 3 und von verschiedener Gröfse; die gröfsten sind wie eine Bohne grofs, die kleinsten wie eine Erbse. 6. In der Regel treten sie nur einseitig auf. 7. Sind von normaler, niemals pigmentierter Haut überzogen, die zuweilen schwach behaart, aber nie verrukös ist 8. Haben die gleiche Konsistenz wie die normale Haut, und nur in ihrem Zen-

trum bieten sie eine knorpelige Härte dar. 9. Wachsen sehr wenig nach ihrer Entstehung, und es ist bis jetzt nicht bekannt, ob sie sich in bösartige Neoplasmen umwandeln können.

Diese Tumoren werden entwickelungsgeschichtlich von Majocchi als wahre Sprossungen des ersten Kiemenbogens angesehen, sei es wegen ihrer Anzahl (3), sei es wegen der gegabelten Form des Knorpels, des gröfsten der drei Teratome, sei es endlich wegen der hyalinen Struktur jenes Knorpels; soweit wäre die Theorie derjenigen widerlegt, welche diese Produktionen als Poliotien betrachten.

De Amicis, **Über die durch Jod hervorgerufenen pustulösen Eruptionen.** Redner macht neue Mitteilungen über sehr ausgebreitete Hauteruptionen infolge der Verabreichung von Jodkalium und Jod, und nachdem er die Konklusionen jener Autoren in Erinnerung gebracht, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, gibt er seiner Meinung Ausdruck, dafs der histologische Sitz dieser Erkrankung nicht in den Hautdrüsen gelegen sei. Wie schon Thin, Duckwort und Ducrey hervorgehoben haben, beginnt die Alteration in dem Chorion und dem Papillarkörper. Zum Beweise hierfür demonstriert Redner verschiedene mikroskopische Schnitte einiger in einem verschiedenen Entwickelungsstadium exzidierten Pusteln. Das kommt unzweifelhaft bei der Anthrakoidpustulose vor. Deshalb schlägt Redner vor, dafs man hier nicht mehr Akne jodica sagen solle, sondern Pustulosis jodica acneiformis bei den leichteren Fällen und Pustulosis jodica anthracoides oder furuncularis bei schwereren Fällen.

Dr. Ducrey, Assistent an der dermatologischen Klinik in Neapel, berichtet über einige Versuche, die er bei Kindern und Kaninchen angestellt hat, um festzustellen, ob die **Psoriasis eine übertragbare Krankheit** sei. Nachdem er alle Methoden versucht hat, die Tommasoli bei derartigen Untersuchungen in Anwendung gebracht, mufs er es heute aussprechen, dafs es ihm nicht gelungen sei, jene positiven Ergebnisse zu erzielen, die zuerst von Lassar und dann von Tommasoli erlangt wurden.

In der darauf folgenden Diskussion berichtet Majocchi über seine Untersuchungen, um den Parasiten Langs aufzusuchen, und obwohl eine solche Aufsuchung keine grofse Schwierigkeit hätte bieten sollen, da es sich um Hyphomyceten handelte, so ist es ihm doch nur gelungen, einige Myceliumfäden aufzudecken, die den Schimmelpilzen angehören und sich überall dort leicht finden, wo Abschuppungsprozesse vorkommen. Er entsinne sich z. B., in den Follikeln einiger Pellagrakranken Hyphomyceten gefunden zu haben, die er nicht klassifizieren konnte. Dies beweise, dafs Hyphomyceten auf der Epidermis ganz gut vorkommen können, ohne deshalb die Urheber der Krankheitsform zu sein, die sie sich mit ihnen zugleich vorfindet. — Tommasoli weist auf seine Versuche hin, die, gleichwie jene Lassars, zu entgegengesetzten Resultaten geführt haben. Er habe das Bewufstsein, bei seinen Untersuchungen und Beobachtungen mit der gröfstmöglichen Strenge vorgegangen zu sein und bei den operierten Kaninchen etwas mehr gefunden

zu haben, als die gewöhnliche Schuppenflechte, weil er bei seinen nicht geimpften Kontrolltieren niemals weder Anschwellungen, noch Röte, noch Haarausfall, noch lymphoide Infiltration in den von ihm ausgeführten mikroskopischen Schnitten beobachtet hat. Jedoch wisse er wohl aus eigner Erfahrung, dafs die Ausführung dieser Experimente äufserst schwierig ist und eine grofse Geduld erfordert, und dadurch erkläre es sich auch zum Teile, wieso zwei verschiedene Beobachter zu verschiedenen Konklusionen gelangen können. Was aber die Kontagiosität der Psoriasis betrifft, will Tommasoli nicht zu den sogenannten Kontagionisten gezählt sein, da er der Meinung sei, dafs es zur Übertragung einer Krankheit auf gesunde Individuen nicht immer eines organisierten und lebenden Ansteckungsstoffes bedarf. Es sei nach Tommasoli nicht unwahrscheinlich, dafs man bald dazu gelangen werde, eine neue Ordnung von Dermopathien aufzustellen, die als Ursache besondere biochemische Stoffe (Alkaloide z. B.) haben, welche zweifellos im lebenden Organismus erzeugt werden, wenn die Funktionen der Gewebselemente in irgend einer Weise gestört worden. Und diese Substanzen, die noch entdeckt werden müssen, könnten sehr wohl in prädisponierten Organismen zu biochemischen Störungen in den Geweben und Organen Veranlassung geben, so dafs dadurch entweder dieselben krankmachenden Substanzen oder andre ähnliche Prinzipien entstehen würden, welche wieder dieselbe Krankheit oder eine andre analoge veranlassen würden. Die bei den Kaninchen künstlich hervorgerufene Krankheitsform kann man nicht als eine wahre und eigentliche Psoriasis ansprechen, obwohl sie doch mit der natürlichen Affektion eine grofse Ähnlichkeit hat. Nun verbietet nichts zu glauben, dafs dieser analoge Krankheitsprozefs von der Thätigkeit besonderer Substanzen bedingt sei, die, einmal in den Körper des Kaninchens eingedrungen, in den den Organismus zusammensetzenden Geweben dieselben Alterationen hervorrufen, die bei den an Psoriasis erkrankenden Menschen stattfinden. Und nichts verbietet, daran zu denken, dafs die Psoriasis, bei welcher man seit langem nach dem pathogenetischen Faktor vergebens geforscht, dieser Art von Dermopathien zugeschrieben werden darf oder kann, welche bedingt werden durch Substanzen, die entweder neu erzeugt werden oder ein physiologisches Produkt bilden, die aber entweder nicht regelmäfsig aus dem Körper eliminiert werden, oder im höheren Mafse als gewöhnlich erzeugt werden, so dafs durch ihre Anhäufung in dem Organismus und namentlich in der Haut, die ein exquisites Eliminationsorgan darstellt, die Erkrankung derselben bedingt werde. Weitere Studien werden hoffentlich die Frage der Pathogenese und Übertragbarkeit der Psoriasis einer näheren Lösung entgegenführen.

Prof. De Amicis glaubt mit Tommasoli, dafs viele Krankheiten, deren Genesis uns unbekannt ist, von besonderen biochemischen Stoffen, vielleicht den Leukomainen (Gautiers), abhängen, es sei jedoch das Bekanntwerden von dieser oder jener giftigen Substanz geboten, bevor man von denselben als die Krankheit bedingenden Faktoren spricht.

Tommasoli, **Über die neuen Methoden der Diagnose und der Behandlung der Gonorrhöe.** Zweck seines Vortrags ist, den Methoden, welche in der letzten Zeit für die Diagnose und Therapie des Trippers vorgeschlagen wurden, auch in Italien allgemeinere Kenntnis zu verschaffen. In dem ersten Teile seines Vortrags berührt Tommasoli die Anatomie und Physiologie der Urethra, indem er bezüglich des Sphincter urethrae internus die ganze Bedeutung hervorhebt, die ihm in der Funktion und bei den krankhaften Prozessen der Harnröhre zukommt, und dem Sphicnter internus hingegen jeden Wert als wahrer und eigentlicher Schliefsmuskel abspricht. In dem zweiten Teile des Vortrags wird auf die sicheren Mittel hingewiesen, die wir heute besitzen: Untersuchung des Urins (Trübungen, suspendierte Fäden etc.).

Zuletzt hält sich Tommasoli längere Zeit bei der Besprechung der Therapie der Gonorrhöe auf, indem er die vervollkommneten Behandlungsmethoden kritisch beleuchtet. Er hebt die Fortschritte hervor, welche in die Therapie dieser Affektion von Ultzmann, Finger und von ihm, namentlich durch seinen Injektionsapparat gebracht wurden, durch dessen Anwendung schon wunderbare Resultate bei der chronischen und subakuten sowohl vorderen als hinteren Urethritis zu verzeichnen sind. Vielleicht wird diese Spritze auch bei der Behandlung der akuten Urethritis anterior mit Vorteil angewendet werden können, um an den Wandungen der kranken Urethra sedative, adstringierende Salben zu applizieren.

In der Diskussion bemerkten die Professoren Barduzzi und Pelizzari, dafs die Methode Guyons in keinem Punkte dem Ultzmannschen Verfahren nachstehe, das, wie bekannt, auf der Einspritzung von Lösungen mittels eines Injektors beruht. Was den Salbeninjektionsapparat Tommasolis betrifft, erkennen sie an, dafs derselbe eine Besserung verzeichne, glauben jedoch, dafs man mit ihm auch nicht gewissen Unzukömmlichkeiten wird vorbeugen können. Prof. Tommasoli, der nie die Guyonsche Methode angewendet hat, bemerkt, dafs selbige ihm à priori sehr kompliziert vorkomme, will jedoch keine Vergleiche über die Güte der einzelneu Verfahren anstellen, und beschränkt sich darauf, zu erklären, dafs er bisher mit der Anwendung der Ultzmannschen Methode stets sehr zufrieden gewesen sei. Es ist übrigens eine Frage von Sympathie. Bezüglich seines Apparates sei er befriedigt zu hören, dafs derselbe einen Fortschritt bezeichne. Mehr wünscht er nicht und hofft ihn ehestens in den Händen aller Dermatologen zu sehen.

(Fortsetzung folgt.)

Siena. Tommasoli.

Referate.

Neumann, J. **Atlas der Hautkrankheiten.** Wien, Braumüller. 1887. Lieferung VII. 6 Tafeln mit beschreibendem Text.

Von dem Meisterwerke, das langsam, aber stetig fortschreitet, und dessen Beginn wir bereits in dieser Zeitschrift besprochen haben, liegt uns die 7. Lieferung vor. Ein schöner Fall von Erythema annulare gyratum leitet sie ein. Diesem folgt ein Fall von Herpes Zoster gangraenosus der oberen Körperhälfte. Ein Triumph der Technik, wo der Griffel des Zeichners mit dem Auge des Arztes Schritt gehalten, ein Bild den Fachmann zu erfreuen, ist der Pemphigus foliaceus des oberen Körperdrittteils einer Frau. Auch die Purpura variolosa der oberen Körperhälfte einer Frau bietet ein instruktives Bild. Weniger gefallen haben uns die zwei letzten Tafeln: Rhinoscleroma und die Sarcomatosis trunci cutis. Ref. möchte ein Wort seines Lehrers Kaposi hier citieren, das er 1883 hörte und das ihm seither manchmal eingefallen ist: „Ich kann nicht sagen, warum es so ist, aber ich versichere Sie, es ist so." Es ist ja um die Auffassung des dermatologischen Bildes im Kopfe des Malers eine eigne Sache, und auch hier ist der Tadel leichter und wohlfeiler als das Bessermachen. Ein Tadel soll es auch nicht sein, was Ref. ausdrücken will, nur das: es steht nicht auf der Höhe, der Vollendung des Effingerschen Bildes des Pemphigus foliaceus.

Aber selbst so überragt diese hoch bedeutsame Publikation ihre Vorgänger. Es ist wahr, sie steht auf deren Schultern, sie kann deshalb auch viel, viel besseres leisten, aber — sie thut es auch.

Wir verfolgen seit Jahren die Fortschritte der Technik in der Atlantenkunde. Von den Zeiten des Behrendtschen Atlas — wir meinen den bereits verstorbenen Berliner Behrendt — bis jetzt, welch ein Fortschritt!

Freuen wir uns desselben an der Hand des vorliegenden Meisterwerkes.

Z. Zt. München. Julius Pauly.

E. Schweninger. *Mitteilungen aus der dermatologischen Klinik des Kgl. Charité-Krankenhauses zu Berlin.* Heft 1—3. Berlin, H. Kornfeld. 1887. Unter dem bescheidenen Titel von „Mitteilungen" empfangen wir die erste wissenschaftliche Ausbeute der neuen Berliner dermatologischen Klinik. Sie enthalten aufser älteren Arbeiten von Schweninger selbst mehrere klinische und histologische Arbeiten seiner Assistenten und Schüler. „In Zukunft sollen durch dieselben auch eingehendere Studien und Arbeiten veröffentlicht werden." Hegen wir die Hoffnung, ja, die feste Zuversicht, dafs dem so sei, und zwar auf Grund der Thatsache, dafs dieser erste Anfang, nachdem wohl allseitig der Glaube an denselben aufgegeben war, nun doch wirklich gemacht ist. Dazu gehört freilich in Zukunft eine wirkliche Hingabe des Leiters dieser Anstalt selbst an die neuen, grofsen, unglaublich fruchtbaren Aufgaben, die ihm gestellt sind.

Folgendes ist der Inhalt der ersten drei Hefte.

H. Philipp. **Multiple sarkomatöse Geschwülste in der Haut, (Sarcoma molluscum).** P. beschreibt einen jener seltenen und interessanten Fälle multipler Tumorenbildung an der Haut eines 33-jährigen, mangelhaft entwickelten Mädchens, welcher klinisch im ganzen den Eindruck eines weichen Fibroms machte. Jedoch waren, wie in dem Batemanschen Falle, hin und wieder weiche, schmierige Massen ausdrückbar. Die recht sorgfältig ausgeführte histologische Untersuchung enthüllte die Struktur eines weichen Sarkoms. P. möchte daher den Fall als Sarcoma molluscum den bisherigen molluscumartigen Geschwulstgattungen: Epithelioma molluscum und Fibroma molluscum, anreihen, obgleich bis zur Zeit der Untersuchung der Fall gutartig verlief. Hervorzuheben ist, dafs die Talgdrüsen hypertrophisch waren, während die Knäueldrüsen und Gänge intakt durch die Geschwülste zogen.

L. Löwe. **Zur Anatomie der Psoriasis.** Nach einer kurzen Charakteristik der neueren histologischen Arbeiten über Psoriasis verwirft L. die Thesen Robinsons und Jamiesons, dafs die Epithelzapfen sich bedeutend vergrößern, die Neumanns von Wucherungen innerhalb der Cylinder- und Stachelschicht, die Wertheims von dem Ausgangspunkt der psoriatischen Veränderungen in der Cutis. [Eine ausführliche Motivierung dieser Kritik wäre hier am Platze gewesen. Ref.] Mit Auspitz findet L. eine Anomalie des Verhornungsprozesses vor und sieht darin sogar das Wesen des psoriatischen Prozesses. Er definiert dieselbe näher als „eine Proliferation des stratum lucidum" und versteht unter strat. lucidum die „mittlere Hornschicht" des Referenten. [Ob die Proliferation durch karyokinetische Teilung oder wie sonst stattfinden soll, ist nicht gesagt; bisher wissen wir nichts Sicheres über eine Teilung verhornter Zellen, die an und für sich nicht unmöglich wäre. Ref.] Danach gehört die Psoriasis zu den Hyperkeratosen und nicht zu den Mykosen. Denn nach Löwe erscheint Langs Epidermidophyton erst auf dem Höhestadium der Psoriasiseffloreszenz. Dennoch soll die peripherische Ausbreitung der Effloreszenz auch nicht durch Fortkriechen des Pilzes, sondern — u. zw. ebenso wie künstliches Ritzen der Haut — durch Abhebung der oberflächlichen Hornschicht in der Umgebung hervorgerufen werden, indem die „Proliferation des stratum lucidum" gleichsam wie ein Keil sich unter jene einschiebt.

E. Schweninger. **Über Herpes und Herpes Zoster.** Aus diesem klinischen Vortrage sind 2 Krankengeschichten erwähnenswert. Die erste betrifft einen Fall von künstlich hervorgerufenem Zoster. Eine von einer Schufswunde herrührende Narbe bildete den Ausgangspunkt unerträglicher Schmerzen im Verlaufe des Ischiadicus. Als mittels starker Massage die Narbe gedehnt war, entstand ein typischer Herpes Zoster N. fem. cut. post. Der zweite Fall zeigte im Verlaufe von zwei Jahren in Intervallen auftretend Zoster des Arms, Nackens, der Brust, des Bauches und Beines, sämtlich an der linken Seite und regelmäfsig von oben nach unten fortschreitend.

E. Schweninger. **Kurze Mitteilung über experimentelle Er-**

gänzung von **Gesamthypertrophie eines Ohres.** Bei zwei 24 Tage alten Kaninchen trat nach Durchschneidung des rechten Halssympathicus stärkere Blutzufuhr zum rechten Ohre und damit eine allmählich stärker werdende Vergrößerung und Verdickung des rechten Ohres ein. Dieses Resultat konnte später nicht wieder erzeugt werden und steht vorläufig vereinzelt da.

E. Schweninger. **Vorläufige Mitteilung über bisher unberücksichtigte Gefäfsektasien am untern Rippenrande, in ihrer Bedeutung für Diagnose und Therapie gewisser Leiden.**

Abdruck des gleichnamigen Artikels aus den letztjährigen *Charitéannalen* (1886).

Thassilo Schmidt. **Über einen Gefäfskranz am untern Rippenrande.** Eine sorgfältige klinische und anatomische Studie über den von Schweninger als diagnostisch und prognostisch richtig hervorgehobenen Kranz ektatischer Venen an der vorderen Brust und Bauchrand. Die allgemeinen, ferneren Ursachen, als Leberschwellung, Unmäfsigkeit, Fettleibigkeit, Herzschwäche, Fettherz finden ausführliche Berücksichtigung und werden durch 17 Krankengeschichten einzeln überzeugend nachgewiesen. Weniger gelungen erscheint der die näheren lokalen Ursachen enthaltende Teil. S. beweist durch genaue Darlegung der anatomischen Verhältnisse allerdings den nahen Zusammenhang der Venen der vorderen Brust- und Bauchwand mit den tiefen Bauchvenen, leitet aber nun den Gefäfskranz direkt und einfach aus einer allgemeinen venösen Stauung in den Eingeweiden oder dem venösen System derselben her. In dieser allgemeinen und als solcher gewifs richtigen Beziehung liegt noch absolut keine Erklärung der Form und seltsamen Topographie gerade dieser Ektasien. Der Ref., welchem die Rippenektasien seit seinen Studienjahren wohl bekannt sind, hat stets mit denselben die Vorstellung verbunden, dafs nur die Venenstämme, welche die Ansätze der geraden und schiefen Bauchmuskeln an den Rippen durchbrechen, ektatisch sind. Die Aktion der Bauchmuskeln (Husten, Pressen) wäre allerdings ein Moment, welches die genauere Topographie und damit das Wesen speziell dieser Ektasien erklären dürfte, etwa wie gewisse Ektasien an der Haut der Waden mit übermäfsiger Aktion der Wadenmuskeln und Spannung der bedeckenden Fascie zusammenhängen. Ohne selbst zu glauben, dafs hiermit die ganze, in der That merkwürdige Erscheinung erklärt werde, möchte Ref. nur eine Hindeutung gegeben haben, wie das Wesen derselben gerade aus ihrer eigentümlichen Topographie heraus erklärt werden mufs.

G. Baur. **Zur Anatomie des Pemphigus acutus.** B. beschreibt einen klinisch nicht ganz geklärten Fall von akuter Blasenbildung, über dessen Zugehörigkeit zu dem Gros der Fälle von akutem Pemphigus sich berechtigte Einwände erheben lassen. Die anatomische Untersuchung ergab, dafs die Trennung entweder zwischen Körner- und Hornschicht oder zwischen Epidermis und Cutis stattgefunden hatte, so dafs erstere mit ihren Vorprüngen frei zwischen die blofsgelegten Papillen hineinragte. In keinem

Falle fanden sich die Oberhautveränderungen und die starke Beteiligung der Cutis an der Entzündung wie beim Ekzem. Anstatt der lose angefügten, unvollständigen Litteraturübersicht wäre eine sorgfältig und kritisch gesichtete zu wünschen gewesen. Der Blumenlesen aus der dermatologisch-histologischen Litteratur haben wir wirklich mehr als genug.

R. Gräßner. **Über Elephantiasis.** G. gibt zunächst eine recht ausführliche Zusammenstellung der zahlreichen histologischen Angaben über Elephantiasis (12 Seiten), die auch nur, leider, das Prädikat fleifsig und die Bezeichnung einer Blumenlese verdient. Möge sich der Autor doch darüber klar werden, wie wenig irgend jemand hiermit gedient sein kann, aufser etwa ihm selbst. Eine histologische Übersicht mag noch so vollständig sein, einen selbständigen Wert erhält sie nur durch kritische Vergleichung und die leitenden Gesichtspunkte. Lieber unvollständig als ungeordnet und unkritisch. Der von G. beobachtete Fall von Eczema cruris mit nachfolgender elephantiastischer Verdickung und verruköser Oberfläche zeigte eine fibromatöse Entartung der Cutis mit Atrophie der Drüsen und Follikel und eine Hyperkeratose, welche G. genauer beschreibt. Zwischen den Blättern der Hornschicht findet er eigentümliche, abgekapselte Exsudatmassen genau über den Spitzen der Papillen angeordnet. [Ganz ähnliche Bilder hat Ref. in seiner Arbeit: Das Fibrokeratom, für fibrinös und nukleär entartete Hornzellen erklärt.]

E. Schweninger. **Beitrag zur experimentellen Erzeugung von Hautgeschwülsten (Atheromen) durch subkutan verlagerte, mit dem Mutterboden in Verbindung gelassene Hautstücke.** Abdruck der gleichnamigen Abhandlung in Bd. XI der *Charitéannalen* in erweiterter Form und mit mehreren Abbildungen ausgestattet.

F. Buzzi. **Interessante Übertragung von Trichophyton tonsurans.** Übertragung des Pilzes von einer Sykosis parasitaria des Mannes als Herpes tonsurans squamosus auf Frau und Kind.

F. Buzzi. **Bemerkungen über Hyperhidrosis bei Fettleibigen.** B. kritisiert die Ansicht von Kisch, dafs die Hyperhidrosis der Fettleibigen auf die durch das grofse Körpergewicht erzeugten übermäfsigen Anstrengungen zurückzuführen sei; denn dieselbe bestehe auch in der Ruhe. F. führt dieselbe auf eine Stauung des Hautblutes durch den vermehrten Panniculus zurück. Ref. ist nicht klar geworden, wie B. sich das Hindernis denkt, welches durch den Panniculus nur dem venösen, nicht dem arteriellen Kreislauf erwächst. Der Zusammenhang von Fettsucht der Haut und Hyperhidrosis ist sehr einfach; diese Hyperhidrosis ist stets eine Hyperhidrosis oleosa und ebensosehr eine Folge der Hypersekretion der Knäueldrüsen, wie das Fettpolster der Haut selbst (Ref.). Unna.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Österreich.

R. v. Limbeck. **Zur Biologie des Mikrococcus ureae.** (*Prag. med. Wochenschr.* 1887. No. 23, 24, 25, 26.) Vorliegende Arbeit ist vorläufig mehr von biologischem als von ärztlichem Interesse. Der gen. Pilz wurde von Leube neben noch andern Pilzen des Urins, die alle die ammoniakalische Gärung anzuregen im stande sind, entdeckt. Das Impfmaterial entstammte einem nach Ammoniak riechenden Urin, der mittels Katheters der Blase eines an chronischer Cystitis leidenden Tabetikers entnommen wurde. Der Pilz wurde auf einer Fleischpeptongelatine, später auf einer Harngelatine mit 10—15% Gelatinegehalt gezüchtet, diese Kultur sodann mit als desinfizierend bekannten Substanzen versetzt und, nachdem sie so im Brutofen mehrere Tage gestanden, mit einer Kontrollflüssigkeit verglichen. Die geprüften Substanzen stammten 1. aus der Reihe der als pilztötend bekannten Desinfizienzien, 2. waren es solche Mittel, denen ein Einfluſs gegen jene Formen der Cystitis zugeschrieben wird, die einer Alkaleszenz des Harnes ihren Ursprung verdanken sollen, 3. kamen Säuren in Anwendung.

Der Pilz erwies sich den verschiedenen Mitteln gegenüber verschieden resistent. Er stellte sein Wachstum ein bei

0,057% Salpetersaurem Quecksilberoxyd
0,044% Sublimat
0,068% Salpetersäurehydrat
0,0909% Chlorwasser
0,5% Saccharin
1,0% Chinin. bisulfur.
1,43% Chloralhydrat
1,66% Resorcin
2,5% Karbolsäure
2,5% Arseniges Kalium
2,618% Essigsäurehydrat
5,0% Benzolsaures Natr.

Die Wirkung war 0 oder fast 0 bei chlorsaurem Kali, salicylsaurem und benzoesaurem Natron. Verf. selbst warnt vor Schluſsfolgerungen aus seinen Versuchen in bezug auf Behandlung der Cystitis, da wir ja hier eine ganze Reihe von Pilzen zu bekämpfen hätten.

Es sei kurz eines biologischen Phänomens erwähnt, welches dieser Pilz in Stichkulturen, bei Luftabschluſs (Öl oder Gelatineüberdeckung) darbietet. Hierbei sondert er ein schwarzbraunes Pigment ab, das jedoch nicht auf Verunreinigung zu beziehen ist. Diese Erscheinung ist um so auffälliger, als andre Pilze, die mit Pigmentbildungen einhergehen, bei Luftabschluſs diese Eigentümlichkeit einbüſsen.

Anerkennenswert kurz und klar schreibt O. Romich, Wien, über **Fuſsgeschwüre und ihre Behandlung.** (*Wr. med. Presse.* 1887. No. 38 u. 39.)

Man kann auch als Spezialist viel Neues darin finden. U. a. rühmt er das Ichthyol (2 : 8 Fett) bei dem begleitenden nässenden Ekzem. Er empfiehlt für die ambulatorische Behandlung einen Lappen mit besonderer Watteausfüllung, um die zwischen Ferse und Wade befindliche Konkavität „halbwegs" auszugleichen. Verständig sind seine Ratschläge bez. des Bindenmaterials. Man glaubt daher dem hierin erfahrenen Autor sofort, dafs er von 80 Fällen 61 Heilungen (minus 5—6) durch ausschliefslich ambulatorische Behandlung erzielt hat. Auch den Rest hätte er heilen können, wie er sagt, wenn besagter Rest nicht das Wiederkommen vergessen hätte.

Über den Keimgehalt von Seifen und Verbandmaterialien berichtet aus Billroths Klinik von Eiselsberg. (*Wr. med. Wochenschr.* 1887. No. 19, 20, 21.) Eine unendliche Fülle von Beobachtungen mit Billrothscher Exaktheit gemacht und untersucht. Wir heben hervor, dafs die von Unna empfohlene Sublimatseife sich im Zentrum und an der Oberfläche (5 und 10 damit infizierte Eprouvetten) steril verhielt. Wer über die andern Seifen, Mandelkleie, Hydrophilogaze, Jodoformgaze, Brunsche Watte, Jodoformdochte (gewöhnl. Wolldochte, wie für Spirituslampen, mit Jodoform-Glycerin-Spiritusmischung getränkt, bei Billroth mit bestem Erfolg in Gebrauch), Penghawar Djambi, Kalliko Organtin, Holzwolle, Prefsschwamm, Tupelo, Laminaria, näheres lesen will, der erfrische sich an dem schönen kurz und exakt geschriebenen Aufsatze selber, wie es Referent gethan hat, vielleicht wird er gleich dem Referenten auch den Wunsch haben, diese Arbeit selbst geschrieben zu haben.

Conjunctivitis chrysophanica hat Trousseau nach dem Einreiben eines 10prozentigen Chrysophanliniments jedesmal nach der Applikation beobachtet. Schmerzhaft, ohne Sekret, meist beider Augen, verschieden von der durch direkte Inokulation von Acid. chrysophanic. erzeugten Conjunctivitis, wo Sekretion da ist. Heilung in 8 Tagen. Hirschberg sah Conj. chrys. nach Einstreichen von 10proz. Resorcinsalbe ins Gesicht. (*Cbl. f. pr. Augenheilkunde. Wr. med. Wochenschr.* 1887. No. 14.)

Iritis, Conjunctivitis und Polyarthritis gonorrhoica beobachtete Rückert (*Klin. Monatsh. f. Augenheilk.* Sept. 1886) bei einem 29jährigen Mann wiederholt bei jedem Tripperrecidiv (1882, 84, 85 u. ff.). Keine typischen Gonokokken im Sekret, also keine Inokulation, sondern Infektion des ganzen Körpers und Prädisposition der Lokalisation an Gelenken und Augen. (*Wr. med. Wochenschr.* 1887. No. 14.)

Finger. **Über Prinzipien der Behandlung der Syphilis.** Vortrag. (*Wr. med. Wochenschr.* 1887. No. 28, 29, 30.) Verfasser wirft zuerst die Frage auf: Soll man die Initialsklerose excidieren oder nicht? Obschon er sich von dem Erfolge der Excision quoad sanctionem perfectam nicht für überzeugt hält, empfiehlt er diese Operation, wegen ihrer Ungefährlichkeit und darum, weil sie eben das Initialstadium unter allen Umständen abkürzt.

Die Exstirpation der Lymphdrüsen will Verfasser noch nicht empfehlen; vielleicht wird die Klinik ihre Zweckmäfsigkeit einst erweisen. Die Zeit zwischen Primäraffektion und erstem Ausbruch der sekundären Symptome soll nicht durch Präventiv-Schmierkur ausgefüllt werden. Hingegen soll der Patient einer kräftigenden und regelmäfsigen Diät unterworfen werden und jede accidentelle Haut- oder Schleimhauterkrankung einem sorgfältigen Heilverfahren unterziehen. Denn, wie Verfasser sehr richtig hervorhebt, sind die sekundären Luesformen hauptsächlich dann ernst und hartnäckig, wenn sie ein herabgekommenes Individuum befallen, und weiter sucht sich die sekundäre Syphilis am liebsten Haut- oder Schleimhautverletzungen als einen Locus minoris resistentiae aus.

Sehr beherzigenswert ist der Rat, bei intermittierenden Interkostalneuralgien nicht sofort das Chinin zu ordinieren, vielmehr sich vorher zu informieren, ob der Patient nicht wenige (4—8) Wochen vorher sich infiziert habe, da gar nicht selten die sekundäre Syphilis sich mit solchen Prodromen einführt. Hier hilft Jodkali rasch und sicher. Eine zweite ebenfalls dem Chinin und Salicyl nicht weichende Form der Sekundärprodromen ist die an akuten Gelenkrheumatismus erinnernde Form. Auch sie weicht prompt auf Jodkali.

Die Thatsache, dafs die sekundären Symptome bei der ersten Eruption häufig sehr milde, wenn auch langsam verlaufen, hat manche Therapeuten zu der Ansicht geführt, dafs das beste in diesem Stadium die expektative Methode sei. Ist das Verallgemeinern dieses Prinzips schon an und für sich unter Umständen sogar bedenklich, denn es ist durchaus nicht wahr, dafs das sekundäre Stadium stets leicht ist, so ist es schon aus Rücksicht auf die schnellere Heilung bei einem aktiven Vorgehen und auch in Rücksicht auf die Nebenmenschen durchaus falsch.

Soll man nun Quecksilber oder Jod geben? Verfasser ist bei leichten Formen (makulöse Exantheme, feuchte papulöse Formen, Plaques muqueuses) für Jod. Zuweilen wird dieser Kur eine leichte Merkurialkur angeschlossen. Bei schwereren Formen (trockene, schuppende Papeln, viscerale Lues) ist entweder energische Schmierkur oder Injektion mit Kalomel 0,1 alle 5—6 Tage (n. Neisser) anzuraten.

Die letzte Gruppe umfafst jene Syphilisformen, die kachektisch herabgekommene Individuen (pustulöse und ulceröse Formen) mit ausnahmsweisem Anschlufs einer Syphilis maligna befällt. Hier soll durch Roborantien, Jod, Jodeisen, Jodleberthran und Arsenik zuerst die allgemeine Kachexie gehoben, sodann vorsichtig eine gemischte Behandlung eingeleitet werden.

Geht auch dies Stadium glücklich vorüber, so fragt es sich, soll man nun ruhig zuwarten, bis der wahrscheinliche Ausbruch des zweiten Recidivs sich meldet, oder gleich thätig sein. Verfasser plaidiert für eine intermittierende chronische Behandlung, d. h. er behandelt milde aber in verschiedenen Intervallen bald auf diese, bald auf jene Weise, bis sich ein Jahr lang kein weiteres Symptom mehr zeigt.

Hat der Patient ein ganzes Jahr kein sekundäres Symptom gezeigt, sieht er gut aus und befindet sich körperlich gut, so ist er nicht mehr infizierend. (?) Will er jedoch eine Ehe eingehen, so soll er noch ein Jahr warten und sich vor der Ehe unter allen Umständen einer energischen Quecksilberkur noch einmal unterwerfen.

Was die tertiären Formen anbetrifft, so hütet selbst der mildeste Verlauf der sekundären Symptome nicht absolut vor denselben. Auch diese müssen nach den gleichen Prinzipien behandelt werden. Leichte Formen mit Jod, schwere mit Merkur, andre mit gemischter Behandlung. Die andern Methoden, als mittels ZITTMANNschen Dekoktes, werden vom Verfasser nur erwähnt. Die GÜNTZsche Chromsäure-Behandlung nicht einmal genannt.

Z. Zt. München. JULIUS PAULY.

Dänemark und Norwegen.

R. BERGH hat seinen (ersten) Bericht des „Vestre Hospital“ in Kopenhagen für das Jahr 1886 publiziert. Das neue Hospital ist sehr gut und schön eingerichtet mit Raum für ca. 200 Betten und wurde im Januar 1886 eröffnet. Es ist für mehr oder weniger prostituierte Frauenzimmer mit wesentl. professionellen Erkrankungen bestimmt und zwar mit zwei Abteilungen, eine für eigentliche Scorta und eine für Frauenzimmer, die durch die Polizeibehörden als Unzucht gewerbsmäfsig treibend und dabei venerisch krank ertappt werden. Anfänglich war die erste Abteilung auf 140 und die zweite auf 60 Betten berechnet, aber bald hat es sich gezeigt, dafs die letzte erweitert und die erste eingeschränkt werden mufste. Die eigentlichen, regelmäfsig ärztlich visitierten Scorta sind nämlich verhältnismäfsig viel leichter und weniger venerisch erkrankt als die Mitglieder der geheimen Prostitution, wo besonders Syphilis in vernachlässigten und zugleich sehr kontagiösen Formen, wie Schleimpapeln und dergl., besonders häufig vorkommt. Die geheime Prostitution ist deshalb sehr viel gefährlicher als die öffentliche und besonders mehr syphilophor.

Wie gewöhnlich wurde eine grofse Menge der Kranken an pseudovenerischen, nicht kontagiösen Krankheiten behandelt, und diese prävalierten besonders bei den Novizen mit ihren mehr vulnerablen Genitalien und fehlender Reinlichkeit. Eine derselben, eine 24jährige Hamburgerin, zeigte die seltene Anomalie, dafs der Uterus gänzlich fehlte, während die Vagina vollkommen normal war; sie war nie menstruiert gewesen, sonst aber gesund und normal, mit voller Mamma aber sehr kleinen Labia majora und ganz fehlendem Haarwuchs der Axillen und der Regio pubica.

Von den eigentlichen vener. Krankheiten ist es von besonderem Interesse, hervorzuheben, dafs Ulcera venerea sehr selten, in allem nur in zehn Fällen vorkamen, und ebenso Bubonen nur bei vier Individuen.

Haslund hat seinen Bericht der dermatologischen und syphilidologischen Abteilung des Kommunehospitals für 1886 veröffentlicht. Im Gegensatz zu der eben referierten seltenen Erscheinung der Ulcera venerea bei Scorta und Semiscorta hat er eine aufsergewöhnlich grofse Zahl solcher Geschwüre zu verzeichnen aus seiner Männerabteilung, nämlich 196 Fälle (letztes Jahr 84) und 79 suppurierende Bubonen. Bei Weibern 45 Fälle von Ulc. ven. mit 7 Bubonen.

Ludwig Nielsen, **Ein Fall von Sklerodermie mit Sklerodaktylie.** Der Fall wurde auf Dr. Haslunds dermatologischer Abteilung beobachtet und zeigt eine seit zwanzig Jahren progressive Sklerodermie, jetzt im atrophischen Stadium, nebst einer symmetrisch entwickelten Sklerodaktylie. Die letztere Affektion ist besonders an den Fingern vorgeschritten, weniger an den Zehen, und geht mit einem allmählichen Schwund der Phalangen, auch deren knöchernen Teilen, einher. Pat. ist eine 45jährige Frau, wie diese Affektion überhaupt das weibliche Geschlecht vorzugsweise angreift. Übrigens können keine besonderen ätiologischen Momente nachgewiesen werden, nur war sie schon als Kind sehr geneigt zu Pernionen und bekam leicht „tote Finger." Die diffuse Sklerodermie, welche besonders das Gesicht einnahm, zeigte die gewöhnlichen Symptome dieser Krankheit im atrophischen Stadium. Der vorliegende Fall erregt besonderes Interesse durch sein Gesamtbild, wobei man nicht umhin kann, eine gewisse genetische und anatomische Verwandtschaft zwischen Sklerodermie (Sklerodaktylie), lokaler Asphyxie (symmetrischer Gangrän) und der halbseitigen Gesichtsatrophie zu finden, vielleicht mit Einschlufs von noch andern als trophischen Störungen aufgefafsten Krankheiten. Auch könne man hiermit die verschiedenen bei Lepra vorkommenden trophischen Leiden vergleichen, wo die Bacillen mit Entzündungsprodukten in den Nerven abgelagert gefunden werden.

V. Hiorth in Christiania publiziert einen Fall von **idiopathischem multiplen Pigmentsarkom** (Kaposi), der erste, welcher in der skandinavischen Litteratur verzeichnet ist. Es handelt sich um einen 70jährigen Mann, der zahlreiche Knoten von beiden Füfsen ausgehend über beide Unterschenkel verteilt zeigte. Die mikroskopische Untersuchung ergab Spindelzellen in spärlicher Intercellularsubstanz und als eigentümlichen, von den gewöhnlichen Beschreibungen etwas abweichenden Befund eine recht bedeutende Epidermiswucherung, vielleicht durch Irritation und Druck der Fufsbekleidung erklärlich.

Über parasitäre Haarkrankheiten, speziell Favus, hat Hiorth in den Volksschulen Christianias Untersuchungen angestellt auf Anregung des Stadtphysikus Dr. Bidenkap, nachdem die sehr zahlreichen Fälle, welche in der städtischen Poliklinik zur Behandlung kamen, eine gröfsere Verbreitung dieser Krankheiten vermuten liefsen. Er hat 4015 Kinder untersucht und fand bei 62 Favus (1,54%), etwas häufiger bei Knaben (1,7%) als bei Mädchen

(1,35%). In den Schulen, welche von den ärmsten Kindern besucht waren, fand er die Krankheiten verhältnismäfsig am häufigsten, 3, 4, ja bis 6%. Mit Favus parallel ging die Verbreitung der Pediculosis, und ebenso des Trichophyton tonsurans, der in 33 Fällen nachgewiesen wurde und somit ungefähr die Hälfte des Häufigkeitsprozents des Favus erreichte.

Kopenhagen. E. Pontoppidan.

England.

Das Studium der Hautkrankheiten in Beziehung zu Allgemeinerkrankungen, von Jonathan Hutchinson. (*Brit. Med. Journ.* 23.—30. Juli. 1887.) Wir müssen uns darauf beschränken, die Hauptergebnisse anzuführen, zu denen H. in seiner sehr interessanten Arbeit gelangt. Zunächst betont er, dafs die Hautkrankheiten sich meistens kreisförmig ausbreiten, wie Lupus und Karcinom, deren Infektionsträger höchst wahrscheinlich mittels der Lymphbahnen in die Nachbarschaft weiter verbreitet werden, denn sie entfernen sich nicht weit von ihrem Mutterboden, so dafs die Blutbahn oder eine konstitutionelle Anlage an ihrer Weiterverbreitung wohl unschuldig sind. H. nimmt an, dafs alle Entzündungsprodukte kontagiös wirken können und dafs sie die Neigung haben, sich unter denselben Bedingungen zu vermehren, unter denen das Krebskontagium im Körper gedeiht. Diejenigen Hautkrankheiten, die bereits auf bakteriologischen Ursprung zurückgeführt sind, unterscheiden sich von den andern wohl nur dadurch, dafs sie genauer spezialisiert sind.

Sicherlich spielen die Mikroben eine Rolle bei der Ansteckung; ob es aber eine wesentliche ist, müssen wir bezweifeln, falls wir uns nicht der Ansicht anschliefsen wollen, dafs Bakterien in allen Entzündungsherden vorkommen und dafs sie durch die Art der Entzündung selber ihre spezifische Wirksamkeit erlangen (and receive their specialisation in the act of inflammation itself). Hautentzündungen können durch das Blut weiter verbreitet werden, wie das von einigen Krebsformen (z. B. Melanom) bekannt ist. H. hat einen derartigen Fall beobachtet, wo sich ein Lupus vom Arm aus schnell fleckenweise über den ganzen Körper verbreitete.

Ekzem kann sich wie Lupus entweder durch örtliche oder durch Blutinfektion ausdehnen. Für gewöhnlich beginnt es rein örtlich und bleibt oft lange Zeit so. Jedoch ist ein örtlich begrenztes Ekzem für seine Träger immerhin eine Gefahr, da es sehr leicht sich verallgemeinern kann. Bei Kindern beginnt ein allgemeiner Körperausschlag fast immer am Kopf, bei jungen Leuten von einer chronischen ekzematösen Stelle am Bein. H. schreibt auch der Körperbeschaffenheit und der Lebensweise einigen Einfluſs zu; die Hauptquelle bleibe aber immer die Infektion.

Sich selbst überlassen, verschlimmert sich das Ekzem immer mehr. Diese Verschlimmerung hat ihre Ursache teils in örtlicher, teils in Allge-

meininfektion durch das Blut. Daraus folgt, dafs man hier, wie überall bei Krankheiten, die durch Infektion bedingt sind, das Leiden unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Allgemeinbefindens vornehmlich örtlich bekämpfen mufs. Dies ist die Grundregel für die Therapie der Hautkrankheiten. — Die Lehre der Blutinfektion wird durch das symmetrische Auftreten des Leidens gestützt. Wir dürfen nämlich nicht annehmen, dafs die durch Entzündung entstandenen Keime, wenn sie überhaupt ins Blut gelangen, nur so ganz zufällig an irgend einem Ort abgelagert werden. Vielmehr zeigen sie für solche Gewebe eine besondere Vorliebe, die ihrem Ursprungsort gleichwertig sind, und sie gedeihen daher am besten an der Körperhälfte, die ihrem ursprünglichen Sitz entgegengesetzt ist.

H. geht dann zur Besprechung einzelner besonderer Hautleiden über. Die Raynaudsche Krankheit, oder die Asphyxie der Extremitäten ist keine Krankheit sui generis, sondern steht in nahen Beziehungen zu Pernionen und zum Frost. Von letzterem unterscheidet sie sich dadurch, dafs sie mehr durch individuelle Verhältnisse als durch die heftige Kältewirkung bedingt wird, beide aber unterliegen dem Einflufs der sensorischen und vasomotorischen Nerven auf die örtliche Blutverteilung. Pernionen entstehen infolge ererbter Eigenschaften der Gewebe gegenüber der Kälteeinwirkung (H. hat früher einmal behauptet, dafs erbliche Gicht häufig zu Frostbeulen geneigt mache) und Digitus mortuus infolge nervöser Einflüsse. Letztere Affektion kann so begrenzt sein, dafs nur ein Finger ergriffen wird. Im Anschlufs an die erbliche Anlage seien ferner als Ursachen von Raynaudscher Krankheit genannt: Malaria, voraufgegangene Einwirkung von strenger Kälte, erschöpfende Krankheiten und vor allem die Aufregungen im Geschlechtsleben (Menstruation, geschlechtlicher Umgang), die bekanntlich leicht subjektives Kältegefühl und kalte Extremitäten verursachen können. In der Zeit der gröfsten geschlechtlichen Thätigkeit tritt die örtliche Asphyxie am häufigsten auf und wird oft bei hysterischen oder sonstwie geschwächten Personen beobachtet, die unter dem Einflufs von Menstruation oder nächtlichen Pollutionen stehen.

Herpes ist keine eigentliche Hautkrankheit, sondern eine Neuritis, die mit einer Hauteruption einhergeht. Christison beobachtete bei Arsenikvergiftungen eigentümliche Formen von Paralyse, die ganz beschränkt und einseitig auftraten. Herpes ist sicherlich auch nicht selten nach dem Genufs von Arsen. Die Sicherheit vor einem Recidiv beim idiopathischen Herpes Zoster gilt auch für jene Fälle, in welchen der Herpes durch Arsenik verursacht ist. Wird auch das Arsenik weiter genommen, so tritt die Eruption nicht wieder auf, genau so, wie auch die Tabakamblyopie nicht wiederkehrt, wenn auch der Patient das Rauchen wieder aufnimmt. Nach Hutchinson ist der Arsenik sogar das beste Mittel gegen alle Formen des Herpes, die so grofse Neigung zu recidivieren haben. — Der symptomatische Herpes labialis steht gewöhnlich zu einem motorischen Krampf in Beziehung und ist wesentlich nervöser Natur. Der Herpes der Schleimhäute ist nicht selten,

findet sich mit Vorliebe im Mund nach einer syphilitischen Infektion und kann leicht mit gewöhnlicher Halsentzündung verwechselt werden. H. nimmt auch eine herpetische Ohrententzündung an, die Taubheit zur Folge haben kann, und hält das Befallenwerden innerer Organe von ähnlichen Erkrankungen für wahrscheinlich (Pneumonia herpetica, Hughlings Jackson).

Die seltene Erkrankung Morphaea ist ebenfalls eine Neurose, da sie, wie Herpes, augenscheinlich den Nervenverzweigungen folgt. Doch bietet sie einige bemerkenswerte Erscheinungen dar. Wie Herpes tritt sie plötzlich, ohne nachweisbare Ursache, auf und zeigt keine Neigung, sich weiter zu verbreiten. Sie unterscheidet sich von jenem dadurch, dafs sie viele Gegenden gleichzeitig befällt und dafs sie auch über den ganzen Körper au s brechen kann. Zellgewebe, Muskeln und Knochen können erkranken und Wachstumsstillstand kann die Folge sein. Die Fälle von sogenannter Hemiatrophia faciei [alle? d. Ref.] sind nichts Andres, als die Folgen einer im frischen Lebensalter aufgetretenen Morphaea. Sie ist eine Neurose gleich der essentiellen Kinderlähmung; jene affiziert die vasomotorischen Nerven, diese die motorischen.

Urticaria pigmentosa will H. von den andern Hautkrankheiten nicht getrennt wissen. Alle Kinder sind zur Quaddelbildung geneigt, einige mehr als andre, und bei einigen dauern die Quaddeln (wheals) länger als bei andern. Manche Kinder neigen infolge ihrer Hautfarbe sehr zu Sommersprossen, andre wieder bringen eine grofse Hautempfindlichkeit mit zur Welt, so dafs wollene Kleider ihnen schon Jucken verursachen; wieder andre besitzen für Flöhe eine merkwürdige Anziehungskraft. Unter solchen Verhältnissen kann sehr leicht Urticaria pigmentosa entstehen. H. hat dieses Leiden unmittelbar aus Flohstichen sich entwickeln sehen und glaubt, dafs irgend ein örtlicher Reiz immer vorhanden sei.

H. weist dann darauf hin, dafs die Haut sich vorzüglich eigne, um die Wirkung verschiedener Arzneimittel zu studieren und spricht eingehender über Opium und Arsen. Ersteres erwies sich ihm bei den chronischen Hautleiden des Alters sehr nützlich, namentlich in jenen Fällen, wo eine Dermatitis mit Mundentzündung verbunden war. Er erwähnt eines weit vorgeschrittenen Falles bei einer alten Dame, der mit völligem Haarverlust und mit dem Unvermögen, die Hände zu bewegen, kompliziert war und der, nachdem jede andre Behandlung erfolglos gewesen war, sehr schnell unter Anwendung von Opiumtinktur heilte. Die wohlthuende Wirkung des Opiums bei Beingeschwüren ist ja bekannt. — Unter dem Einflufs von Arsen hat H. bisweilen eine Art Psoriasis sich entwickeln sehen nnd bei fortgesetztem Gebrauch des Mittels sogar eine besondere Form von Krebs. So wurde Arsen in einem Fall bei einem unoperierbaren Karcinom gereicht. Während nun die Haut des betreffenden Patienten vorher glatt und hell war, wurde sie jetzt unter der Einwirkung des Mittels trocken und erdfarben, und es entstand Psoriasis an den Ellbogen, den Knöcheln und auf den Handflächen, die je nach der Menge des eingenommenen Arsens ab- oder zunahm. In

zwei andern Fällen, in welchen die Patienten das Mittel jahrelang gegen Psoriasis vulgaris genommen hatten, nahm die Haut der Hohlhand und der Fufssohle eine hornige Beschaffenheit an und es entwickelten sich darauf epitheliale Krebsgeschwüre. H. schreibt dem Arsen eine spezifische Wirkung beim Pemphigus zu, einen „zuverlässigen" Nutzen bei Psoriasis, die Fähigkeit, ein Recidiv von Herpes genital. zu verhindern; aber er weist zugleich darauf hin, dafs es sowohl nützen wie auch schaden kann, je nach dem Zustand des betreffenden Patienten. Es kann Krebs und Herpes bald heilen, bald hervorrufen. Nach ihm werden auch Epilepsie und andre Neurosen — wie es Christison zuerst behauptet hat — manchmal durch den ärztlichen Gebrauch dieses Mittels verursacht. In einem erst kürzlich von ihm beobachteten Fall erkrankte ein sonst gesunder junger Mensch, der eigenmächtig lange Zeit hindurch gegen Psoriasis grofse Dosen Arsen genommen hatte, mit Lähmungserscheinungen; es gesellten sich allerlei nervöse Symptome hinzu, bis er schliefslich unter Konvulsionen und Coma zu Grunde ging.

Schliefslich weist Verf. darauf hin, wie das Studium der Dermatologie Gelegenheit bietet, die Vererbung der Krankheiten zu erforschen; nicht nur die direkte Vererbung (Psoriasis, Ekzema), sondern auch die Vererbung krankhafter Familieneigentümlichkeiten, die von scheinbar gesunden Eltern überkommen sind (Ichthyosis, Xeroderma Hebra).

Über den Bacillus scarlatinae, von Jamieson und Edington. (*Brit. Med. Journ.* Juni 11. 1887.) Vor 3 Jahren empfahl Jamieson folgende prophylaktische Behandlung des Scharlachs: Man solle den Hals mit einer starken Borsäure-Glycerinlösung pinseln, ferner jeden Abend von Beginn des Leidens an den Körper erst mit warmer Butter einreiben, alsdann mit einer Salbe, die aus

Acid. carbol.	2,0
Thymol.	0,6
Vaselin.	
Ungt. simpl. āā	30,0

zusammengesetzt ist. Letztere Salbe ist auch des Morgens anzuwenden. Die Einreibungen müssen bis zum Nachlafs der Abschuppung, gewöhnlich 4 Wochen, fortgesetzt werden. Seine Erfahrungen haben ihm gezeigt, dafs man auf diese Weise jede weitere Ansteckung verhindern kann. Er kommt demgemäfs zu dem Schlufs, dafs das Kontagium in den Ausatmungen aus dem Munde und in der abschilfernden Haut vorhanden sein müsse.

Edington (*Brit. Med. Journ.* 6. Aug. 1886) untersuchte daraufhin die Hautschuppen auf Mikroparasiten und glaubt das wahre Scharlachkontagium gefunden zu haben. Die sehr eingehend geschilderten Untersuchungen müssen im Original nachgelesen werden. Er fand acht Organismen, von denen er sieben ohne jeden Erfolg einimpfte. Der achte, den er vorläufig Bacillus scarlatinae benannt, hat Stäbchenform, ist 0,4 μ dick, 1,2–1,4 μ lang, beweglich und bildet meistens lange, gekrümmte Leptothrixfäden. Er verflüssigt

Gallerte sehr schnell und bildet auf Nährflüssigkeiten pergamentartige Häutchen. Er fand sich nur bei Desquamationen, die die dritte Woche überschritten hatten, niemals bei jüngeren. Er fand sich ferner in jeder Kultur, die mit Blut Scharlachkranker beschickt war, wenn das Blut vor dem 4. Fiebertag entnommen wurde. Auf Kaninchen und Meerschweinchen überimpft erzeugte er ein Erythem, dem nach wenigen Tagen eine leichte Abschuppung folgte. Kälber, mit diesen Mikroben geimpft, bekamen Fieber, Halsentzündung, ein deutliches Erythem an Brust und Abdomen, dem gleichfalls Abschuppung folgte. Der Bacillus konnte mit Leichtigkeit aus Milz- und Nieren eines Kalbes gewonnen werden, welches innerhalb eines Tages nach der Impfung starb, und nachdem es auch bacillenhaltige Milch getrunken hatte. Das aufserordentlich rasche Wachstum des Bacillus scarlatinae (schon nach 4 Stunden bildet er auf Fleischbrühe eine grofse Haut) erklärt vielleicht das kurze Inkubationsstadium des Scharlach.

Smith (*Brit. Med. Journ.* 9. Juli 1887) bezweifelt die spezifische Natur dieses Bacillus, da er schon innerhalb einer Nacht Schaum bilde und sehr gut in Gegenwart verschiedener Arten von Fäulniserregern gedieh. Er will genau denselben Mikroparasiten bei Sudamina gezüchtet haben; er ist von derselben Gröfse, verflüssigt Gelatine schnell, die Flüssigkeit wimmelt von beweglichen Bacillen und auf der Oberfläche bildet sie eine feste, pergamentartige Haut, die aus Bacillenfäden besteht. Smith hält ihn für einen gewöhnlichen septischen Bacillus.

Thin (Ebenda. 20. Aug. 1887) gibt eine kritische Übersicht über das Scharlachgift und berichtet über eine Scharlachepidemie zu London 1885 bis 1886. Man schreibt diese Epidemie dem Genufs schlechter Milch zu und Powen, der gefunden hatte, dafs viele von den Kühen, denen die Milch entstammte, mit Pusteln an den Eutern behaftet waren, brachte den Scharlach hiermit in Verbindung. Thin wies nun nach, dafs auch die Kühe der benachbarten Güter an derselben Krankheit litten, ohne dafs der Genufs ihrer Milch Scharlach verursachte, dafs diese Pusteln häufig beim Melken auf die Menschen übertragen wurden, und dafs einzelne Melker in einem Dorf lebten, wo Scharlach vorhanden war. Er bespricht dann den Kokkus, den Klein aus diesen Pusteln isolierte und den er für identisch mit einem andern Kokkus hielt, den er aus skarlatinösem Blut gewonnen hatte. Thin bestreitet aufs entschiedenste, dafs die pathologischen Veränderungen, die nach Einimpfung dieses Kokkus entstehen, mit denen des Scharlachs identisch seien und weist auf die grofse Ähnlichkeit hin, die dieser Kokkus mit den von Flügge beschriebenen Streptococcus pyogenes hat. Die im Organismus durch ihn bewirkten Veränderungen sind deutlich septischer und nicht skarlatinöser Natur. Mit Bezug auf Edingtons Bacillus betont er mit Recht die Notwendigkeit weiterer Prüfungen, um festzustellen, ob Tiere überhaupt scharlachkrank werden können, und welches bejahenden falls die Symptome sind.

Über die Behandlung des Scharlachs. Illingworth (*Brit. Med.*

Journ. 1. Mai 1887) empfiehlt beim Scharlach Quecksilber, dessen Wirksamkeit er zufällig entdeckte, als er einen Patienten auf Meningitis behandelte. Obgleich seine Behauptungen über die Anwesenheit spezifischer Mikroparasiten nicht genügend bewiesen erscheinen, so werden doch die guten Ergebnisse einer Hg-Behandlung auch von andern bestätigt; Fieber und Halsentzündung sollen schnell nachlassen, die Abschuppung entweder ganz ausbleiben oder nur gering sein. Dukes (*Brit. Med. Journ.* 9. u. 23. Juli 1887) lobt diese Behandung sehr. Man gibt das Quecksilberjodid in Dosen von 0,027—0,16 dem Alter entsprechend 4stündl., 8—10 Tage lang.

Brown (Ebenda. 13. Aug. 1887) hatte während einer Scharlachepidemie grofsen Nutzen von einer Einreibung des ganzen Körpers mit 5% Karbolöl. Die Einreibung wurde vom Beginn des Leidens an 3 mal tägl. wiederholt. Die einreibende Hand mufs erst erwärmt werden, um den Kranken vor Erkältung zu schützen. Jeden Abend soll warm gebadet werden. Karbolsäurevergiftung ist nicht zu fürchten.

Sigesbeckia orientalis als ein Antiparasiticum. Die Pflanze ist in Mauritius schon seit langem in Gebrauch. Aus den grünen Blättern wird ein Sirup hergestellt, der innerlich gegen Syphilis, Skorbut, Gicht u. s. w. genommen wird. Aus den zerriebenen Blättern bereitete Umschläge werden mit gutem Erfolge gegen gangräneszierende und fressende (sloughing) Geschwüre angewandt. Hutchinson (*Brit. Med. Journ.* 25. Juni 1887) hat es erfolgreich bei Trichophyton (Körper, Kopfhaut und Bart) und bei Tinea versicolor verordnet.

Eine neue Behandlung bei hartnäckig wiederkehrendem Ekzem. Radcliffe Crocker (*Brit. Med. Journ.* 9. Juli 1887) haben sich Hautreize an den Teilen der Wirbelsäure bewährt, von denen die die erkrankten Teile versorgenden Nerven ausgehen. Ihn leitete dabei die Ansicht, dafs das Leiden vasomotorischen Ursprungs sei. Zugpflaster und Senfpapier, wenn nötig zu wiederholten Malen aufgelegt, brachten das Jucken rasch zum Schwinden und führten schliefslich zur Heilung selbst veralteter Fälle. Sie erzeugten auch in schweren Fällen kein örtliches Ekzem, doch rät Cr. hier zuvörderst zur Anwendung von in Flanell eingewickelten heifsen Steinen. Die Stellen wechseln je nachdem; für das Gesicht befinden sie sich später hinter den Ohren, für die Vorderarme am Genick, für die Genitalien und Beine an der Lendenwirbelsäure und für je ein Bein über dem N. Ischiadicus.

Brooke (Ebenda. 30. Juli 1887), der seit mehreren Jahren dasselbe Verfahren befolgte, hat ebenfalls in chronischen Fällen gute, wenn auch nicht andauernde Ergebnisse erzielt. O'Leary in Dublin (*Brit. Med. Journ.* 30. Aug. 1887) hat dieselbe Behandlungsweise schon seit einer Reihe von Jahren mit gutem Erfolg angewandt.

Schmerzlose Entfernung der Naevi. Hunter (*Brit. Med. Journal.* 11. Juni 1887) empfiehlt das von Böing angegebene Verfahren zur Entfernung kleiner Naevi. Man betupfe sie mit einer 4%igen Sublimat-Kollodium-

lösung. Wenn man das Kollodium nach ungefähr 14 Tagen entfernt, so ist der Naevus verschwunden.

Über die Behandlung der chronischen Gonorrhöe. Smith (*Brit. Med. Journ.* 18. Juni 1887) behandelte einen alten Tripper mit Alauneinspritzungen und innerlich mit einer Mischung von Acid. nitr. dilut. 1,0 auf Decoct. Cinchon. flav. 30,0 pro dos. Eines Nachts verwechselte der Patient die Flaschen und spritzte sich von der Medizin ein. Er hatte eine halbe Stunde lang heftige Schmerzen, aber der Tripper war völlig geheilt. Seitdem hat S. mehrere Gonorrhöen sehr erfolgreich mit einer Mischung von Acid. nitr. dil. 0,3: Decoct. Cinch. flav. 30,0 behandelt.

Oleum Deelinae bei Ekzem. Simon (*Brit. Med. Journ.* 25. Juni 1887) bestätigt die Empfehlung Roberts (*Practitioner.* Mai 1887) und verschiedener andrer in bezug auf den grofsen Nutzen dieses Öls bei papulösem und vesikulösem Ekzem, wenn es nicht zu sehr entzündet ist. Das Öl ist klar, stark fluoreszierend, riecht schwach nach Petroleum und wird von der Dee-Ölgesellschaft zu Chester und Hamburg dargestellt. Seine Zusammensetzung scheint noch geheim gehalten zu werden. Mit 2—3 Teilen Rizinus- oder Leinöl gemischt stillt es das Jucken schnell und erweist sich in Fällen wirksam, die vielen andern Mitteln widerstanden haben. Bei den papulösen und chronischen Formen ist es sehr nutzbringend.

Manchester. Brooke.

(Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.)

Verschiedenes.

Aus Prof. von Nussbaums Klinik.

1. Die **blauschwarzen Färbungen der Haut** durch Pulver (nach Schüssen etc.) entfernt man durch Waschen der Haut mit Ammon. bihydrojodicum cum Aq. destill. aa.

Die nunmehr rot gewordenen Flecke werden durch Waschen mit verdünnter Salzsäure entfernt.

2. Besser als Jodtinktur wirkt auf die menschliche Haut **Jodoformkollodium:**

℞ *Collod. elastic.* 10,0
Jodoform. 1,0

Elastisch und besonders wirksam ist das Kollodium, wenn vom Apotheker auf 100 Teile Kollodium 2 Teile Rizinusöl genommen werden.

Z. Zt. München. Julius Pauly.

Isolierung der Leprakranken. In *Medical News* (26. Nov. 1887) findet sich ein Brief an den Herausgeber von Dr. S. P. Armstrong, Chirurg an der Marine, welcher das Verfahren des Gesundheitsamtes von Philadelphia

rügt, auf dessen Veranlassung mehrere von Dr. Van Harlingen behandelte Leprafälle fortgeschafft und isoliert wurden.

„Es scheint, dafs die Autoritäten des Gesundheitsamtes die Lepra für kontagiöser als die Pocken oder andre Exantheme halten. Dagegen sprechen folgende Erfahrungen. 1880 wurde ein Fall von Lepra in das Marine-Hospital (Hôtel Dieu) in New-Orleans aufgenommen und später in das Hospital von Mobile versetzt. Er verkehrte mit andern Patienten; es fand keine Isolierung statt und kein andrer Fall entwickelte sich bei andern Patienten. Ich habe während meines Dienstes in New-Orleans Leprafälle im dortigen Charity-Hospital gesehen, und aus den Berichten der Anstalt geht hervor, dafs dort 1865 6 Weifse und 1 Farbiger, 1884 2 Weifse, 1883 2 Weifse und 1 Farbiger, 1882 4 Weifse und 1881 4 Weifse und ein Farbiger, alle im Hospital selbst, an Lepra behandelt wurden.

Während meines Dienstes in Key-West (Florida) 1883 behandelte ch ein Mulattenkind an tuberöser Lepra, ohne dafs Isolierung für notwendig erachtet wurde.

Im Bericht des Gesundheitsamtes von Louisiana für 1880 spricht Dr. Joseph Jones über Lepra, und obgleich Präsident des Amtes, hält derselbe die Isolierung nicht für nötig."

Der Korrespondent hätte sich auf die gesamten und bekannten Erfahrungen der norwegischen Leprahospitäler und die einmütige Ansicht aller europäischen Spezialärzte berufen können, welche in London, Paris und Wien die vielen zureisenden Leprakranken nie zu Herden neuer Ansteckung werden sahen.

Einfluſs des Lichtes auf die Haut der Tiere, von Wedding. (*Zeitschrift für Ethnologie.* 1887. Heft II.) Verfüttert man Buchweizen an Wiederkäuer, speziell an Rindvieh und Schafe, so bekommen die Tiere zum Teil blasenförmige Auftreibungen der Haut, unter welcher sich eine klare gelbliche Flüssigkeit ansammelt. Die weitere Untersuchung, warum nicht alle Tiere von dieser Krankheit befallen werden, führte zu der Erklärung, dafs die dunkelpigmentierten Tiere von der Krankheit überhaupt verschont bleiben und dafs, je heller ein Tier war, die Krankheit um so heftiger auftrat. Je mehr die Tiere nicht blofs dem diffusen, sondern dem direkten Sonnenlichte ausgesetzt wurden, desto heftiger war die Krankheit, und ganz ins Dunkle gebrachte Tiere wurden ebenfalls nicht krank. Wurde eine weifse Kuh zur Hälfte mit Teer geschwärzt, so zeigte sich die Krankheit nur auf den weifsen Stellen, während die geschwärzte Haut gesund blieb, ebenso wie dies bei von Natur bunten (schwarz und weifs gescheckten) Tieren der Fall war. Zur Erklärung dieser verschiedenen Wirkung des Sonnenlichtes auf die verschieden pigmentierte Haut nimmt Verf. zu der Hypothese Zuflucht, dafs das Sonnenlicht aufser den sichtbaren, bezw. in dem Spektrum zerlegbaren, und aufser den unsichtbaren

nur chemisch wirkenden, sog. ultravioletten Strahlen noch andre unwahrnehmbare, ganz speziell auf den lebenden Organismus wirkende Strahlen enthielte. Möglich wäre es, dafs die Pigmentierung der Haut die Wirkung hätte, jene letzteren Strahlen zu paralysieren bezw. zu mildern.

In der sich hieran anknüpfenden Diskussion bestätigten Aschersoн und Virchow diese zoopathologischen Thatsachen. Der letztere bemerkt nur noch, dafs die Erklärung für die Experimente nicht sehr einfach sei, da drei verschiedene ursächliche Momente (das Licht, der Pigmentmangel in Haut und Haar und die giftige Substanz) konkurrieren, und wir vorläufig den besonderen Wert jedes dieser Momente nicht feststellen können.

Berlin. Joseph.

Zu dem **III. russischen Ärztekongrefs**, welcher im April 1888 stattfinden wird, hat sich bereits unter Tarnowskis Vorsitz die dermatologisch-venereologische Sektion gebildet, deren Verhandlungen nach dem bereits vorliegenden Materiel sehr interessant zu werden versprechen.

Personalien

Unser geschätzter Mitarbeiter, Herr D. S. Róna in Budapest, ist zum ordinierenden (Primar-) Arzt der Abteilung für infektiöse Exantheme des St. Rochus-Hospitals daselbst ernannt worden.

In der Jahressitzung der Russ. dermatol. Gesellschaft wurde Professor Tarnowski zum Präsidenten wiedergewählt, zum Vice-Präses Dr. Esow, Arzt des Nicolai-Militärhospitals, und zum Sekretär O. F. Fischer, Ordinator des Kalinkin-Hospitals.

Aus der Praxis.[1]

1. **Zur Behandlung der Akne.** Seitdem jede gewöhnliche Eiterung als das Symptom einer Invasion von Eiterkokken erkannt ist, zerfällt auch das klinische Bild der Akne in zwei grundverschiedene Teile, was übrigens schon immer als Resultat sorgfältiger, klinischer Analyse sich herausstellte: in den Prozefs des Follikelverschlusses und der Komedonenbildung und den Prozefs der Follikelvereiterung.

---

[1] Öfter wiederkehrende Aufforderungen von seiten praktischer Ärzte, dermatotherapeutische Fragen von allgemeinerem Interesse in den Monatsheften zur Sprache zu bringen, und von befreundeten Fachkollegen, einzelne, interessante Fälle ohne historischen und sonstigen wissenschaftlichen Ballast zu skizzieren, veranlafst uns, die anspruchslose Rubrik „Aus der Praxis“ zu eröffnen und Praktiker sowie Fachkollegen zur Beteiligung an derselben mit Frage und Antwort einzuladen. Wir beginnen mit dem bisher am häufigsten gewünschten Thema der Akne. Die Red.

Den ersteren hat man öfters als „Komedonenbildung“ ganz von der Akne trennen wollen, doch mit Unrecht. Seine erste und einzige Bedingung ist die abnorm feste Kohärenz der Hornschicht an mit Lanugo bedeckten Hautstellen. Sie bedingt an der Oberfläche eine Verdickung der Hornschicht nebst Verschluſs der Follikel, nach innen zu die Bildung von Komedonen durch Fortsetzung der Parakeratose auf das Innere des Follikelausgangs. Was dieser Hornschichtveränderung weiter zu Grunde liegt, eine partielle Hautanämie oder ein spezifischer Organismus oder sonst etwas, geht uns hier nichts an. Der zweite Prozeſs, die Follikelvereiterung, bildet sich nur an denjenigen verstopften Follikeln aus, welche vor ihrer Verstopfung Eiterkokken aufgenommen haben und durch irgend eine nachträgliche Reizung (Teer, Chrysarobin, Jod, Brom, überstandenes Ekzem, mechanische Reizung u. s. f.) 'den Durchbruch der Eiterkokken in die Drüsenwandung ermöglichen.

Danach hat die Aknetherapie zwei Hauptindikationen zu erfüllen: die Hornschicht zu lockern und die Eiterkokken zu töten. Unsre besten Mittel: Schwefel, Resorcin, Sublimat wirken in verschiedenem Grade in beiden Richtungen.

Die Entfernung sämtlicher Horndekel der Talgdrüsen und aller Komedonen auf einmal kann man erreichen durch starke Keratolytica (Umschläge von Schmierseife und dieselbe enthaltenden Salben und Pasten, Aufpinselung von Essigsäure, von Kalilauge [5%], Auflegen von Salicylpflastermull). Dieselben passen für Kliniken und unter Umständen auch für Polikliniken; in der Privatpraxis würde man sich damit wenig Dank erwerben. Daher entfernt man die Hornschicht lieber langsamer mit Schwefel oder Resorcin, während man die Hyperämie, welche mit jeder Enthornung verknüpft ist, durch Zinkoxyd mäſsigt. Resorcin hat vor Schwefel den Vorzug, daſs das beste kokkentötende Mittel Sublimat mit ihm verbunden werden kann; zum Schwefel paſst dagegen Karbolsäure.

Sehr zweckmäſsig verbindet man mit dem Besuch des Patienten 2—3 mal wöchentlich eine leichte mechanische Abschabung der ganzen Fläche, Aufstechen der noch verschlossenen Eiterherde mittels des dreikantigen Stachels und Ausdrücken der lästigsten Komedonen. Es ist ein Fehler, den die meisten Praktiker begehen, einem Aknepatienten nur ein Rezept zu verschreiben und ihn erst nach Wochen wiederzusehen; dadurch wird der Erfolg des besten Mittels in Frage gestellt; nie sollte man die mechanische Behandlung ganz unterlassen.

Jeder Aknepatient muſs sich mit Seife waschen und das Wasser womöglich so warm nehmen, als er es vertragen kann, um seine Hornschicht zu erweichen. Hebras Seifenpiritus, Marmorseife oder Sublimatseife nützen natürlich noch etwas mehr. Empfindliche Patienten können sich nach dem Waschen gern mit Zinkoxyd und Mehl pudern; das führt keine Talgdrüsenverstopfung herbei. Für die nächtliche Behandlung ist die Pastenform die geeignetste; bei Tage unterstützt ein Wischwasser oder

Spiritus, nach dem Waschen 2—3 mal täglich anzuwenden, die Behandlung.

Als einfache Verschreibungen, welche dem Praktiker als Ausgangspunkt für eigne Erfahrungen dienen mögen, können folgende Formeln gelten.

Schwefelpaste nachts und Resorcinspiritus tags.

Ung. Zinci benzoati	86,0	*Resorcini*	2,0—5,0
Sulfur. praec.	10,0	*Glycerini*	1,0
Terrae siliceae	4,0[2]	*Aq. flor. aurant.*	20,0
M. fiat optime terendo pasta.		*Spiritus*	80,0
		M. D. zum Aufwischen.	

dabei Seifenspiritus oder Marmorseife zum Waschen. Oder besser noch:

Resorcinpaste nachts und Sublimatspiritus tags.

Ung. Zinci benzoati	80,0	*Hydrargyri bichlor. corros.*	0,05—0,2
Resorcini puriss.	10,0	*Glycerini*	1,0
Terrae siliceae	10,0[2]	*Aq. flor. aurant.*	20,0
M. f. optime terendo pasta.		*Spiritus*	80,0
		M. D. zum Aufwischen.	

dabei Seifenpiritus oder überfettete Sublimatseife zum Waschen.

Wenn je nach der Schwere des Falles die Affektion hierdurch und unter zweimaliger mechanischer Behandlung wöchentlich in 2—6 Wochen beseitigt ist, so tritt die Nachbehandlung ein, welche vor Recidiven zu schützen hat. Hierzu dient der längere Fortgebrauch nachts von schwächerer Resorcinpaste oder Resorcinsublimatspiritus (2 : 0,1 : 100) oder einfach der permanente Gebrauch von Sublimatseife oder Marmorseife statt gewöhnlicher Seife für das Gesicht. Aufserdem ist — wie bei jeder parasitären Affektion der Gesichtshaut — stets eine etwa vorhandene Pityriasis capitis sorgfältig zu beseitigen und zu überwachen, da hier ein Schlupfwinkel aller Hautpilze besteht. Diese einfache Prophylaxis wird manche Recidive verhindern.

Auf die so häufige Komplikation mit Rosacea, wo Ichtyhol in den Vordergrund tritt, kommen wir ein andres mal zu sprechen.

Von inneren Mitteln wirken Arsenik und Ichthyol, so lange sie genommen werden, wohl auf die Parakeratose günstig; nötig sind sie durchaus nicht. Schwefelcalcium wirkt nur gut auf die Eiterung der Follikel (keratinierte Pillen à 0,01, 3 Stück täglich). Unna.

2. **Sind neuerdings äufserlich anzuwendende Mittel bei Pemphigus vulgaris irgendwo erprobt?** Frage eines Praktikers an die Fachkollegen.

[2] Im Falle man Kieselgur (Infusorienerde) durch Kaolin (weifsen Bolus) ersetzt, hat man wenigstens das doppelte dem Gewichte nach zu nehmen.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Fig. 1.

Fig. 2.

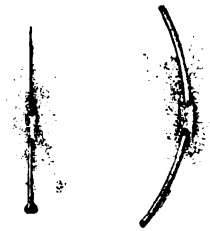


Fig. 3.

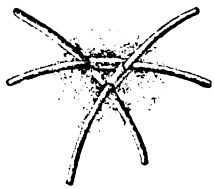


Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.

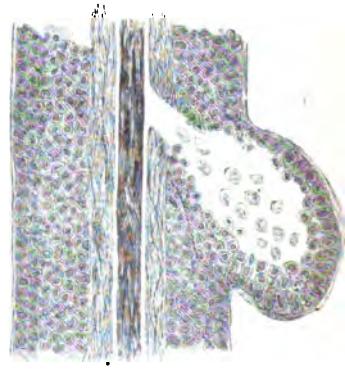


Fig. 8.

Fig. 6—8: Oc. I. Obj. No. 7. ×350, auf die Hälfte verkleinert.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

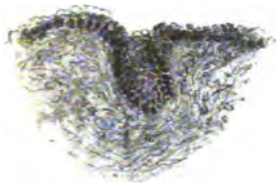


Fig. 9.
Oc. I. Obj. No. 8, auf die Hälfte verkleinert.

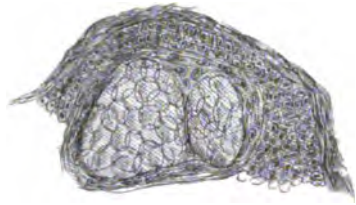


Fig. 10.
Oc. I. Obj. No. 7. ×350, auf die Hälfte verkleinert.

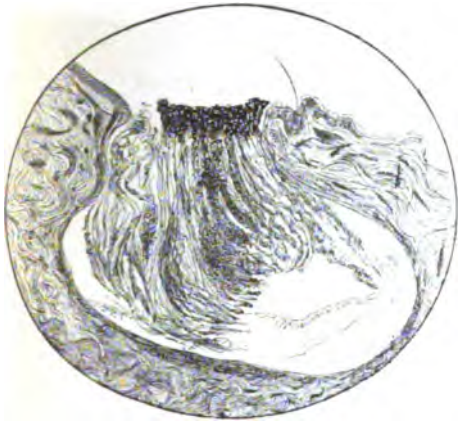


Fig. 11.

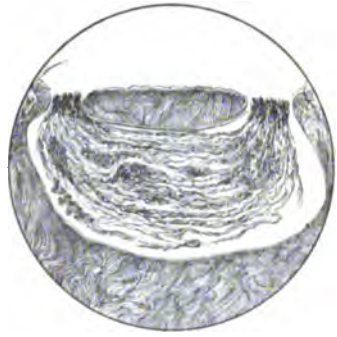


Fig. 12.
Oc. I. Obj. No. 3. ×80, auf die Hälfte verkleinert.

Fig. 13.
Oc. I. Obj. No. 7. ×350, auf die Hälfte verkleinert.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (u. Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 2. 15. Januar 1888.

Über Doppel-Komedo.

Von

Dr. A. H. Ohmann-Dumesnil.

Mit 13 Abbildungen auf 2 Tafeln.

I.

Es ist eine bekannte Thatsache, dafs die Statistik im allgemeinen und die Statistik der Hautkrankheiten im besonderen nicht allein unvollständig, sondern auch unzulässig ist. Bei den Hautkrankheiten kann bekanntermafsen die Anzahl von Fällen gewisser Erkrankungen gar nicht richtig abgeschätzt werden, und unter diesen sind besonders zu verzeichnen die Krankheiten der Talgdrüsen, als da sind: Rosacea, Akne und Komedo. Nur eine kleine Anzahl solcher Fälle werden überhaupt behandelt, und unter diesen kommen gewöhnlich nur sehr verschlimmerte Formen in die Hände der Spezialisten; es geben sich aber nur die, welche sich besonders für den Gegenstand interessieren, mit der Statistik der Hautkrankheiten ab. Aus diesem Grunde, mehr noch vielleicht, weil der Komedo ein so allgemeines Leiden ist, ist die vergleichsweise Häufigkeit desselben so besonders schwer zu taxieren. Es ist jetzt eine feststehende Thatsache, dafs derselbe eine sehr gewöhnliche Störung ist, welche zur Zeit der Pubertät auftritt und bei erlangter Reife von selbst verschwindet.

Was den Doppel-Komedo betrifft, so kann bezüglich der Häufigkeit seines Vorkommens nichts weiter gesagt werden, als dafs er vergleichsweise häufig auftritt. Ebenso wie den Komedo sieht man ihn nicht so oft bei Frauen, als bei Männern, eine Thatsache, welche für die Position zu streiten scheint, dafs das Ansammeln fremder Stoffe einigen Einfluſs auf das Verstopfen

der Öffnungen der Talgfollikel ausübt, da ja Männer solchen Einflüssen mehr ausgesetzt sind, als Frauen. Ich habe auf das Vorkommen des Doppel-Komedo bei Frauen nicht besonders acht gehabt, meine Beobachtungen blieben fast gänzlich auf das männliche Geschlecht beschränkt. Im St. Louiser Stadthospital fand ich diese Erkrankung bei etwa 3,5 % aller Patienten vor und zwar nachdem ich mehrere hunderte untersucht hatte, deren Alter von 16 bis 60 rangierte. Diese Beobachtungen wurden in verschiedenen Zwischenräumen gemacht, die weit genug voneinander entfernt waren, um des Wechsels einer bedeutenden Anzahl der Patienten sicher zu sein. Natürlich ist das, streng genommen, nur der Prozentsatz für männliche Hospitalkranke, und dies beweist endgültig, dafs, wenn man die Individuen im allgemeinen nimmt, gesunde sowohl als leidende, der Prozentsatz der Fälle von doppeltem Komedo zweifellos gröfser sein mufs. Jedoch ist es, ohne wirkliche zuverlässige Zahlen, beinahe unmöglich eine genaue Schätzung oder eine solche, die auch nur Wert hätte, zu machen. Aber selbst angenommen, die Häufigkeit des Vorkommens betrage blofs ein Prozent, so unterliegt es keinem Zweifel, dafs die relative Wichtigkeit dieser Art von Komedo und ihr Studium ein Gegenstand ist, der nicht allein an und für sich interessant, sondern auch von genügender Wichtigkeit ist, um die Aufmerksamkeit jedes denkenden Dermatologen zu fesseln. Dies ist besonders zutreffend, da eine Untersuchung seiner Pathologie und Pathogenie ohne Zweifel dazu bestimmt ist etwas mehr Licht auf die Vorgänge, welche in andern pathologischen Zuständen der Talgdrüsen stattfinden, zu werfen, und so vielleicht unsern mageren Vorrat von Kenntnissen über diesen Gegenstand ein wenig zu bereichern.

Es hat mich in Erstaunen gesetzt, dafs diese Form von Komedo unbeschrieben war, bis ich im *Journal of Cutaneous and Venereal Diseases*, Februar und Juli 1886, zwei vorläufige Berichte über den Gegenstand veröffentlichte. Daraufhin beobachteten eine Anzahl von Dermatologen diesen Zustand, und einige sagten mir nachher, sie hätten denselben schon vor meiner Bekanntmachung beobachtet, der Sache aber keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Ohne nun den Beweggründen dieser

Herren im geringsten zu nahe treten zu wollen, muſs ich doch gestehen, daſs ich das nicht verstehen kann, da meine allererste Beobachtung eine ganze Reihe von Fragen in mir hervorrief, welche sich auf diese Art des Komedo bezogen, und so groſses Interesse in mir erregte, daſs ich die Thatsache als der Aufzeichnung würdig erachtete; wie ich höre, haben auch andre begonnen, den Gegenstand zu studieren, um denselben vollständig zu erläutern.

Es wäre vielleicht am Platze, hier eine kurze Beschreibung dieser Störung folgen zu lassen, welche, obgleich sie die Ehre nicht beanspruchen darf, eine besondere Krankheit zu sein, wenigstens dazu berechtigt ist, die Stellung einer Abart einzunehmen, und zwar einer Abart, welche von der typischen Form einer sehr verbreiteten Erkrankung der Talgdrüsen bedeutend abweicht. Das Aussehen des doppelten Komedo ist im allgemeinen das des Komedo, insoweit als einzelne Läsionen dabei in Betracht kommen. Wir finden jedoch zwei schwarze Punkte nahe beisammen, von einer bis drei Linien, oder vielleicht eine Kleinigkeit weiter voneinander entfernt. Die beiden Punkte bilden deutlich ein Paar, und das geübte Auge erkennt leicht, daſs sie einen Doppel-Komedo darstellen. Zwischen diesen beiden Punkten erscheint die Haut normal, ausgenommen in einer Hinsicht; sie scheint nämlich mehr oder weniger erhaben zu sein und allmählich — von der Seite gesehen — zur normalen Haut überzugehen (Fig. 1). Das heiſst, das Aussehen ist etwa so, als wenn wir uns einen Cylinder von dem Kaliber einer gewöhnlichen Stecknadel, oder etwas dicker, und von der Länge der Distanz zwischen den beiden Punkten, unter die Haut eingeführt dächten. Wenn man mit der Hand über diesen Teil der Haut fährt, so kann man diese leichte Erhebung deutlich fühlen. Die beiden Punkte sind merklich geschwärzt und befinden sich entweder auf gleicher Höhe mit der umgebenden Haut oder sind mit derselben ein wenig erhöht und bilden eine kleine papillenartige Erhebung, oder sie ragen ein wenig über die allgemeine Hautoberfläche empor und gewähren die Empfindung des Muskatreibeisens, die manchmal bei Komedo beobachtet wird. Wird ein seitlicher Druck auf einen der schwarzen Punkte mittels

eines Spatels oder eines ähnlichen Instrumentes ausgeübt, so drückt sich ein cylinderförmiger Pfropf heraus, welcher an beiden Extremitäten ein geschwärztes Ende hat (Fig. 2). Die Länge dieses Pfropfes stimmt mit der Distanz zwischen den beiden schwarzen Punkten vor dem Herausdrücken überein. Wenn man jetzt eine Stecknadel oder ein Stückchen Draht nimmt, so kann man dasselbe leicht durch die eine Öffnung einführen und aus der andren hervorstehen lassen, dadurch das Bestehen eines horizontalen Kanals darthuend (Fig. 3). Die Gestalt dieses Kanals ist ein wenig gebogen, aber nicht genügend, um die leichte Einführung der erwähnten Sonde zu verhindern, sogar wenn das Instrument gerade ist, obgleich die Einführung mit gröfserer Leichtigkeit geschieht, wenn man dem Instrument eine leichte Krümmung, übereinstimmend mit der des Kanals gegeben hat. In diesem Zusammenhang will ich noch erwähnen, dafs ich weitere Modifikationen dieses Zustandes angetroffen habe. Es gibt Fälle, in welchen man nicht allein zwei, sondern drei und sogar vier Komedonen findet, die miteinander in gleicher Weise in Verbindung stehen, und man kann eine Sonde durch je zwei derselben ohne alle Schwierigkeit hindurchführen, dadurch beweisend, dafs eine Verbindung zwischen den verschiedenen Öffnungen existiert (Fig. 4). Diese Formen dürften passend multipler Komedo benannt werden. Ein Versuch, den Inhalt bei irgend einer der Varietäten herauszupressen, hat zur Folge, dafs entweder ein Teil des Pfropfes, an einem Ende mit Pigment versehen, zum Vorschein kommt, oder ein solcher, der an beiden Enden gefärbt ist. Das wäre, was man natürlicherweise zu erwarten hätte, wenn man den bestehenden Zustand in Betracht zieht. Aus gewissen, unvermeidlichen Gründen war ich nicht im stande, den zwischen den schwarzen Punkten eingeschlossenen Hautteil zu entfernen, sonst hätte ich die Gelegenheit gehabt die ganze darunterliegende talgige Masse mit hinweg zu nehmen. Indessen hege ich keinen Zweifel, dafs bei dem vorliegenden Zustand drei oder mehr Pfröpfe vorhanden sind, die eine gemeinsame Mittelmasse haben, und welche, ein jeder an seinem Ende, geschwärzt sind (Fig. 5) und folglich mehr oder weniger die Form einer Handfläche mit fingerförmigen Ausläufern haben.

Den Grund, warum ich zu diesem Schlusse gelangt bin, werde ich später erörtern.

Diese Form kommt überall vor, wo man den Komedo findet, das heifst, sie ist im allgemeinen auf das Gesicht, den Hals und die Schultern beschränkt, doch ist der Rücken auch zuweilen der Sitz der Krankheit. Die Stellen, welche nach meiner Erfahrung hauptsächlich von dem Doppel-Komedo befallen werden, befinden sich in jenem Teil der Hautdecke des Gesichtes, der oberhalb der Backenknochen gelegen ist oder direkt unter denselben. Ich habe die Erkrankung nie auf der Stirn oder am Kinn beobachtet. Die hinteren und seitlichen Teile des Halses werden häufiger davon befallen als andre Partien des Nackens. Die oberen Teile der Schultern und die Haut der Schulterblätter sind die Teile des Rückens, welche am häufigsten der Sitz des Doppel-Komedo sind, obgleich ich Fälle gesehen habe, bei welchen die Störung über die ganze Rückenansicht des Rumpfes verteilt war. Genaue Untersuchungen haben das Bestehen dieser Erkrankung auf der Brust nur in sehr wenigen Fällen konstatiert. Die Anzahl ist so gering, dafs das Auftreten der Störung an dieser Stelle als sehr ungewöhnlich betrachtet werden darf. Ich habe sie auch in den Ohren bemerkt, doch ist ihr Erscheinen an diesem Ort sehr aufsergewöhnlich, ebenso wie an der Nase. In Parenthese möchte ich bemerken, dafs die Anzahl der Doppel-Komedonen, im Vergleich mit den einzelnen, äufserst klein ist, doch habe ich einen Fall gesehen, bei welchem keine andre Form als die doppelte vorkam und bei welchem die Doppel-Komedonen in grofser Menge vorhanden waren. Die Gröfse der Öffnungen der Drüsen im Doppel-Komedo wechselt einigermafsen. Die Löcher sind oft gröfser, als eine gewöhnliche Stecknadel, während sie anderswo wieder aufserordentlich klein erscheinen, so klein, dafs man den Draht, mit welchem man die feinen Nadeln der Pravaz-Spritzen reinigt, nur mit Mühe einführen kann. Bei dieser feinen Form ist die Brücke der dazwischenliegenden Haut von hochgradiger Dünnheit und die dunkeln Punkte, welche die Öffnungen der Gänge bezeichnen, sind einander so nahe gerückt, dafs die Distanz nur eine Linie oder noch weniger beträgt.

II.

Ehe wir uns mit der Pathologie des Doppel-Komedo befassen, wäre es vielleicht am Platz eine rasche Übersicht über die Entwickelung und die Anatomie der Talgdrüsen zu geben, sowie einen kurzen Bericht über die Pathologie des Komedo. Das Thema der Entwickelung ist immer von dem höchsten Interesse; es ist dieser Zweig vergleichsweise noch wenig bearbeitet, wohl wegen des ungeheuren Gebiets, das notwendigerweise zu decken ist. Obgleich die moderne Einteilung der Medizin in eine Anzahl besonderer Fächer der speziellen Forschung einen Anstofs gegeben hat, so ist doch die Zeit noch zu kurz, als dafs sich jemand erlauben dürfte zu sagen, er habe irgend ein Thema erschöpft. Aus diesem Grunde zögere ich nicht einige Worte über die Entwickelung der Talgdrüsen zu sagen, um so mehr, da darüber bis jetzt noch vergleichsweise sehr wenig geschrieben ist. In der ganzen Litteratur, zu welcher ich Zugang hatte, fand ich einzig die Autoren UNNA und KÖLLIKER, welche diesen Gegenstand ausführlicher erwähnen, und der letztere behandelt die Sache in wenig erschöpfender Weise.

Die Talgdrüsen treten im menschlichen Embryo etwa im vierten Monat der Entwickelung auf. Das ist das früheste Auftreten und es zeigt sich an der Seite der Stirn. Etwa im fünften Monat entwickeln sich diese Drüsen in jedem Teil des Körpers, und zu dieser Zeit können sie beinahe in jedem Stadium der Entwickelung angetroffen werden. Die beigefügten Zeichnungen sind nach Präparaten vom Schädel eines Embryo zwischen dem fünften und sechsten Monat angefertigt und stellen drei Stadien in der Entwickelung der Talgdrüsen dar. Sogar in einem sehr kleinen Raum finden wir solche Beispiele. Der Grund hiervon ist noch nicht zur Befriedigung aufgeklärt. Wie ESCHRICHT schon lange bemerkt hat, hält diese Entwickelung gleichen Schritt mit der Entwickelung des Haares und seines Follikels, ein Umstand, welcher darauf hinzuweisen scheint, dafs diese Drüse blofs ein Ausläufer des ersteren (des Haarfollikels) ist; den bekräftigenden Beweis für diese Annahme liefern die verschiedenen Stadien der Entwickelung. Das erste Anzeichen einer Talgdrüse besteht in

dem Sichverdichten oder vielmehr dem Anschwellen der Wand des Haarfollikels (Fig. 6). Dieses besteht scheinbar aus den Sprossen der Zellen, welches zwischen den inneren und äufseren Lagen stattgefunden, und so diesen Wulst oder hervorragenden Teil gebildet hat. Zuerst kaum bemerkbar, tritt er immer mehr und mehr hervor und steht bald in genau umschriebener Form heraus. In einem andren, vorgerückteren Stadium finden wir, dafs etwas Differentiation in der Form beginnt. Ein gröfseres oder geringeres Zusammenziehen findet an einem Punkte der Vorragung statt, welcher ungefähr dem Niveau des oberen Teiles der äufseren Lage der Wurzelscheide des Haares (Fig. 7) entspricht. Dieses Zusammenziehen nimmt dann an der unteren Seite zu, und die ganze Masse scheint zu fallen und eine birn- oder flaschenförmige Gestalt anzunehmen, oder sie gleicht einer nach unten wachsenden Knospe (Fig. 7). Mit der Zeit wird diese Form mehr oder weniger ausgesprochen und sie mag sich sogar tiefer hinuntererstrecken als der Haarfollikel, oder sie mag nur eine kleine Distanz hinabreichen von dem Punkte aus, wo das ursprüngliche Emporragen stattfand. Wir sehen alle diese Stadien genau umschrieben, und man kann den Beziehungen zwischen denselben ohne alle Schwierigkeit nachspüren. Sie sind offenbar Ableitungen voneinander. Der Schädel eines $5^1/_2$ monatlichen Fötus zeigt diese sehr gut, besonders wenn der Teil, der direkt vor und über dem Ohre liegt, genommen wird. Wie wir weiterhin sehen werden, ist die Talgdrüse von einer sehr dünnen und scheinbar strukturlosen Membran umgeben, welche eine Lage Zellen in Position hält. Wir finden, dafs sich bei der Entwickelung des Haares eine Membran um die äufsere Lage der Wurzelscheide bildet, und wenn das Vorragen stattfindet, welches die zukünftige Talgdrüse bilden soll, so wird diese Membran ausgebuchtet und gestaltet sich zuletzt zu der dünnen Membran der Drüsenwände.

Die Struktur der Masse, welche die Talgdrüse werden soll, ist im allgemeinen die gleiche wie die der Wurzelscheide aus dem Punkte, wo das Vorragen stattfindet. Der Wulst ist hauptsächlich aus polygonen oder runden Zellen zusammengesetzt, die deutlich mit Kernen (und zwar grofsen Kernen) versehen sind,

...ander gepackt sind. Diese Zellen sind
...urzelscheide zusammenhängend (Fig. 7),
...ern späterhin statt.
...das Haar eine Epidermoidalstruktur ist
...ppen der Epidermis unter die Haut gebildet
...der Wurzelscheide entsprechen denjenigen
... Nachdem der Haarkegel differentiiert ist, beginnt
...der Talgdrüsen. Jetzt können wir schon
...innere Lage der Wurzelscheide der Hornschicht
...entspricht und mit ihr zusammenhängt; in gleicher
...spricht die äufsere Lage der Wurzelscheide der unter-
...lage des stratum mucosum der Epidermis oder dem,
...der die Pigmentzellen des rete mucosum bildet.
...ist es wohlbekannt, dafs sich diese Lage von andern
...des rete Malpighii darin unterscheidet, dafs, während diese
...aus polygonen Zellen von besonderer Art zusammengesetzt
...den Stachelzellen — jene, die die unterste Lage bilden
...genau über den Papillae liegen, säulenartig und in sehr
...ordneter Weise nebeneinander angeordnet sind; aufserdem
...sie meistens Pigment. Gerade diese Kennzeichen, dafs
...Cylinderzellen und regelmäfsig angeordnet sind, bemerkt man
...auskleidenden Zellen der Talgdrüsen in einem sehr
...Stadium ihrer Entwickelung (Fig. 7), und wenn man bei
...Untersuchung dieser Zellenlage ein wenig sorgfältig zu Werke
...findet man sie zusammenhängend mit einer gleichen
...Wurzelscheide und diese letztere ihrerseits mit der des
...Malpighii.
...auf die eigentliche Entwickelung der Drüse zurückzu-
...kommen, so beginnt, wenn deren Wachstum da angelangt ist,
...traubenförmig ist, eine Veränderung in dem zentralen Teil.
...der Zellen fangen an ihr Aussehen zu verändern, und
...merkt, dafs fettige Entartung um sich zu greifen beginnt.
...geht in allen Richtungen und vergleichsweise sehr rasch
...von statten. Nach einer gewissen Zeit erstreckt sich diese fettige
...Metamorphose auch auf die zusammengezogenen Teile der Masse
...und bahnt sich allmählich ihren Weg zu der inneren Ober-
...der Wurzelscheide. Wenn diese Stelle endlich erreicht ist, so

finden die mit Ölkügelchen gefüllten Zellen ihren Weg zwischen den *jetzt* gebildeten Haarschaft und die Wurzelscheide, und wir haben das erste Anzeichen von Talgmasse. In diesem Prozefs wird die innerste Lage der Wurzelscheide an dem Punkte zerstört, wo die Zellen ihren Weg durchbahnen, und damit ist der Gang von der Talgdrüse zum Haarsack vollständig hergestellt.

Das ist natürlich nur eine in Umrissen hingeworfene Skizze von der Entwickelung einer Ausbuchtung. Die andern werden in ähnlicher Weise gebildet, sie sind sozusagen sekundäre Vorragungen, welche ihrerseits gestielt werden und eine jede ihren eignen Kanal bilden. Die Beschränkung der Zahl der Läppchen ist wahrscheinlich der relativen Dichtigkeit der umgebenden Gewebe zuzuschreiben, denn je dichter diese sind, desto gröfser wird der zu überwindende Widerstand sein, und desto kleiner folglich die Zahl der Ausbuchtungen. Wenn wenig oder kein merklicher Widerstand in einer besonderen Richtung besteht, so kann es vorkommen, dafs das sich dort bildende Läppchen viel gröfser als das Mutterläppchen wird und dafs es bis zu einem bedeutenden Grade dessen Funktionen an sich reifst.

Die Talgdrüse ist gewöhnlich nur ein sekundäres Erzeugnis. Sie entwickelt sich aus der Wurzelscheide des Haares und zwar erst nachdem sich das Haar selbst bis zu einem gewissen Grade entwickelt hat. Die Existenz der Drüse hängt von der Haarscheide ab und obgleich sie solche Dimensionen erreichen mag, dafs das Haar ihr gegenüber eigentlich von untergeordneter Wichtigkeit ist, so bleibt sie doch immer dessen Erzeugnis. Dadurch scheint die von vielen Dermatologen lange gehegte Ansicht bestätigt zu werden, dafs die Funktion der Drüsen die Lubrikation des Haares ist. Es ist nur natürlich, dafs, wo das Haar scheinbar als Resultat der Evolution verschwunden ist, oder vielmehr dafs an jenen Stellen, wo das Haar nur rudimentär erscheint, die lebensfähigeren, besser genährten und wichtigeren Zellenlagen besser gedeihen, und das mag wenigstens zum Teil den Grund für das Dasein grofser Talgdrüsen in Verbindung mit den feinen Wollhaaren (lanugo) abgeben.

Beim Betrachten der Entwickelung der [illegible] wurde bemerkt, dafs die Zentralzellen eine fettige [illegible] iden,

was wahrscheinlich dem Druck verbunden mit Nahrungsmangel zuzuschreiben wäre. Warum erfahren nun die andern Zellen nicht eine ähnliche Veränderung? Diese Frage genau und befriedigend zu beantworten ist sehr schwierig. Doch scheint es nicht unvernünftig anzunehmen, dafs die Cylinderzellen viele der Kennzeichen beibehalten, die ihnen zur Zeit, als sie einen Teil der sich entwickelnden Haut bildeten, innewohnten. In dem rete mucosum besitzen sie viel Widerstandskraft und bewahren die Lederhaut sorgfältig gegen Eingriffe von aufsen. Sie scheinen wohl dazu veranlagt dem Druck zu widerstehen, und aus diesem Grunde entgehen sie wohl der fettigen Metamorphose der Talgdrüsen. Aufserdem machen sie eine Wand aus und geben dieser Wand Gestalt und Festigkeit. Sie sind zuerst beinahe keilförmig und sind so geordnet, dafs sie Bogen bilden, die in der Konstruktion so vollendet sind, als man nur wünschen könnte. Natürlich vergröfsert diese Konstruktion in bedeutendem Mafse die Kraft äufserem Druck, während des Entwickelungsprozefses der Drüsen, zu widerstehen. Später, wenn etwas Druck nicht allein notwendig, sondern sogar wünschenswert ist, finden wir, dafs die Form und Verteilung dieser Zellen sich verändert hat, was bei der Betrachtung der Anatomie der Talgdrüsen ausführlicher erwähnt werden soll.

Eine etwas verschiedene Entwickelung findet statt bei den Drüsen, welche direkt an der Oberfläche der Haut münden. Hier haben wir statt der Wucherung an den Haaranlagen sozusagen eine Abwesenheit von Haarbildung, und was sonst vielleicht ein Haar geworden wäre, wird eine Talgdrüse in ähnlicher Weise, wie oben beschrieben. Ein Einstülpen der Epidermis findet statt (Fig. 9). Das untere Ende wird gröfser; die ganze Verlängerung besteht zuerst aus einer Masse von Zellen, wie in dem ursprünglichen Haar. Der schon beschriebene Prozefs findet statt, und durch die weitere Vergröfserung des unteres Teiles gestaltet sich eine Talgdrüse, deren verschiedene Ausbuchtungen sekundär durch eine Art Knospenbildung sich aussprechen werden. Die Thatsache, dafs die Art der Entwickelung ursprünglich dieselbe, wie die eines Haares ist, und dafs die Abweichung in der Weise, wie es geschieht, stattfindet, scheint zu beweisen, dafs die ein-

tretende Hemmung in der Entwickelung des Haares mit dem allgemeinen Evolutionsprozefs, welcher allmählich im Menschen vor sich geht, in Einklang steht. Sogar in einigen dieser Drüsen ist es nicht erwiesen, dafs nicht ein primitiver Versuch zu einem Haar stattfindet, das wieder abgeworfen wird ohne die Bildung einer Papilla.

III.

Es ist wohlbekannt, dafs es dreierlei Arten von Talgdrüsen gibt, 1. diejenigen, welche direkt in einen Haarfollikel münden; 2. diejenigen, welche auf die Haut münden und mit rudimentären Haaren in Verbindung stehen, und 3. diejenigen, welche direkt an der Oberfläche münden ohne mit einem Haar in Verbindung zu stehen. Der mikroskopisch-anatomische Bau aller dieser ist ungefähr derselbe. Es besteht eine äufsere Hülle aus mehr oder weniger strukturloser Membran, welche von dem Bindegewebe gehalten wird. Diese Membran ist die basale Membran der Drüse und dient den auskleidenden Zellen als Grundlage. Diese Zellen behalten ihre Kennzeichen bei; sie sind in der Regel cylindrisch mit grofsen und deutlichen Kernen versehen, und fähig einem bedeutenden Druck zu widerstehen, wie wir später sehen werden. Obgleich diese Zellen mit grofser Regelmäfsigkeit angeordnet sein sollen, so finden wir doch Beispiele, in welchen sie sehr unregelmäfsig gestellt zu sein scheinen (Fig. 10). Innerhalb dieser Zellen findet man zahlreiche polygonale oder rundliche Zellen, welche grofse Kerne enthalten. Wenn man sich dem Zentrum der Drüse nähert, sieht man diese Zellen in verschiedenen Stadien fettiger Entartung, und manchmal scheint ein plötzlicher Wechsel von den Zellen zu den angeschwollenen Bläschen, die beinahe nichts als Fett und sehr unbestimmte Kerne enthalten, einzutreten (Fig. 10). Der Ursprung der Zellen, welche fortwährend fettige Entartung erleiden, ist eine Frage, die schon lange die Mikroskopiker beschäftigt und die wohl in nicht langer Zeit gelöst werden wird. Die ganze Frage scheint auf der Lösung des Problems zu beruhen, ob die unterste Lage der Cylinderzellen bei dieser Reproduktion beteiligt ist, oder ob die Polyedralzellen, welche der Basal-Lage am nächsten liegen, die Proliferation erzeugen. Das Studium

der Kariokynese dieser Elemente wird wahrscheinlich die erforderliche Lösung bingen. Wie dem auch sein mag, so ist der gröfsere Teil des Innern der Zelle mit fettiger Masse und Epithelialdetritus angefüllt, welcher fortwährend seinen Weg nach aufsen findet und von neuem erzeugt wird.

Die etwas unregelmäfsige Verteilung und die leichten Veränderungen in den Formen der die Talgdrüse auskleidenden Cylinderzellen sind wahrscheinlich dem variierenden Druck, den die Haut unter verschiedenen Bedingungen auf sie ausübt, zuzuschreiben. Dies trägt auch dazu bei die Wände der Drüsen dem Druck mehr oder weniger anzupassen ohne dem Gewebe der Drüsen ernstlich Eintrag zu thun und kommt so dem Austreiben ihres Inhalts einigermafsen zu Hilfe. Die Behauptung aber, dafs dieses Austreiben der Thätigkeit der arrectores pilorum zuzuschreiben sei oder dafs die Bewegungen der Haut dabei eine bedeutende Rolle spielen, scheint mir unrichtig zu sein. Eine viel einfachere Erklärung wäre, dafs die dem Gang am nächsten liegenden Zellen, da sie die ältesten sind, eine vollständigere fettige Entartung erfahren haben, als die, welche gleich hinter ihnen liegen, und so weiter. Sobald neue Zellen nahe der Peripherie sprossen, üben sie einen Druck auf die gerade vor ihnen gelegenen, und dieser Druck wird in der Richtung des geringsten Widerstandes übertragen, und wir haben infolge dessen ein Austreten von Talg in den Haarfollikel oder auf die Haut. In der zweiten und dritten der obenerwähnten Varietäten der Talgdrüsen gibt es keine Haarmuskeln, und dennoch findet der Talg einen Weg an die Oberfläche.

IV.

Was das Entstehen des Komedo betrifft, so scheint eine Meinungsverschiedenheit in bezug auf die Einzelnheiten zu herrschen. Eine sorgfältige Betrachtung wird jedoch zeigen, dafs eine von zwei Ursachen gewöhnlich dabei wirkt. Die eine ist äufserlich und rein mechanisch, die andre innerlich und bis zu einem gewissen Grade organisch. Bei der ersten besteht der Mechanismus einfach darin, dafs der Mund zu dem Ausführungsgang verstopft wird, indem fremde Stoffe sozusagen hineingekeilt

werden. Die dahinterliegende Talgmasse ist nicht im stande den Widerstand zu überwinden und sammelt sich, als natürliche Folge hiervon, an. Mehr oder weniger Verdickung findet namentlich in diesem Teil des Ganges statt, und da die Masse sich fortwährend vermehrt, so übt sie einen langsamen und stetigen Druck aus. Wenn dieser lange fortdauert, so erweitert sich die Drüse ebenso wie ihre Ausbuchtungen bis der Ausführungsgang fast gänzlich verschwindet und das Organ sich in einen Sack verwandelt (Fig. 11). Wenn die Ursache innerlich ist, erleiden die Zellen keine vollständige fettige Metamorphose, und die so entstandene Masse ist etwas hart, ihre Hülle zähe, und eine Vereinigung von mehreren verursacht eine Verstopfung des Drüsenausgangs. Der Prozefs ist der gleiche wie im ersten Fall, nur mag er etwas reizender wirken. Fremder Stoff fällt in die Öffnung des Follikels, und es entsteht ein Komedo, der äufserst trocken ist und sich nur mit Mühe herausdrücken läfst. Nach Verlauf einer gewissen Zeit scheint ein offenbares Aufhören der Zellenbildung einzutreten und eine Austrocknung vorsich zugehen, bei welcher sich der Pfropf von den Wänden der sackähnlichen Drüse abtrennt — wie es die Figg. 11 und 12 veranschaulichen — aber anscheinend an die Öffnung des Ausführungsganges befestigt ist.

In allen von mir untersuchten Beispielen fand ich die Höhlung mit einer scheinbar strukturlosen Membran ausgekleidet, auf welcher man keine Zellen entdecken konnte. Diese sind möglicherweise ausgefallen, aber es ist wahrscheinlicher, wie BAERENSPRUNG schon lange angenommen hat, dafs, nachdem die Ansammlung der Talgmasse eine lange Zeit angedauert hat, die sezernierende Struktur bis zu einem gewissen Grade verloren geht, da der anhaltende Druck mehr oder weniger Absorption hervorbringt. Dafs ein Komedo alt sein kann und dennoch absondernde Zellen enthalten mag, ist von BULKLEY bewiesen worden, aber dafs diese Zellen ganz und gar verschwinden können, ist ebenfalls wohlbegründet.

Im Doppel-Komedo haben wir einen Zustand, der das genaue Analogon abgibt zu dem, welchen wir in der einfachen Varietät finden. Man findet eine grofse rundliche Höhlung, durch-

aus gerade wie im Komedo ausgekleidet und mit einem Pfropf der Talgmasse angefüllt, dessen zwei Varietäten ihr dunkles Ende an den Öffnungen zeigen (Fig. 12). Der Pfropf hat dieselben allgemeinen Kennzeichen, wie in der andren Form, und unterscheidet sich von derselben nur darin, dafs er zwei Enden besitzt. Die Art der Bildung ist dieselbe, nachdem die Höhlung entstanden ist.

Für die Bildung dieser Höhlung gibt es nur zwei Erklärungen. Für die erste müfsten wir einen Zustand annehmen, welchen ich als vollkommen unhaltbar betrachte, nämlich ein kongenitales Abweichen in der Form der Talgdrüse — mit andern Worten, dafs eine Drüse zwei Gänge hätte. Die sorgfältige Untersuchung vieler kleinerer und gröfserer Kinder hat einen solchen Zustand nicht dargethan. Auch bei Erwachsenen, welche nicht mit Komedo behaftet waren, wurde derselbe nicht gefunden. Doch ist die vergleichsweise Häufigkeit des doppelten Komedo derart, dafs man vernünftiger Weise erwarten könnte, einen solchen Zustand da vorzufinden, wo die Krankheit von einem kongenitalen Zustand dieser Art abhängt. Die einzige vernünftige Erklärung, welche ich geben kann ist folgende: dafs zwei dicht beieinander liegende Talgdrüsen alle beide vom Komedo befallen werden. In einer jeden ist die Verdickung so ausgesprochen, und die Ansammlung des Inhalts wird so beträchtlich, dafs der geringe Zwischenraum von Gewebe, der noch zwischen den beiden besteht, einem solchen Druck ausgesetzt wird, dafs einfach Absorption der Scheidewand eintritt und die beiden Höhlungen zu einer einzigen verschmelzen. Dafs die Tendenz für das Bestehen und Ausgeübtwerden eines solchen Druckes vorhanden ist, ist darum wahrscheinlich, weil von einem einfachen Komedo von derselben Person und in der Nachbarschaft des beobachteten doppelten nichts von der innerlichen oder auskleidenden Struktur übrig bleibt, als die schon erwähnte Membran. Die Einwendungen dagegen sind folgende: 1. Wenn diese auskleidende Membran in beiden Drüsen absorbiert wird, wo sie sich berühren, warum wird sie nicht auch in andern Teilen absorbiert? Die Antwort hierauf bildet die Thatsache, dafs diese Membranen, wo sie absorbiert werden, die andern Gewebe nicht

vor sich her treiben konnten, weil sie einander entgegen standen, während in andern Teilen das sie umgebende Bindegewebe nachgibt; 2. Warum sind keine Überbleibsel der Scheidewand zu sehen? Diese Frage ist natürlich nicht leicht zu beantworten. Thatsächlich war ich nicht im stande, Überbleibsel der winzigen Struktur der Wand der Drüse zu entdecken, welche sich durchaus wie in Fig. 13 darstellt. Wir haben hier eine strukturlose Membran, aufserhalb welcher eine Lage von Zellen, die Fasern enthalten, besteht, und aufserhalb dieser Lage befindet sich Bindegewebe. Die Membran ist nirgends durchbrochen, noch ragt das Gewebe oder ein Teil desselben hervor. Sie erscheint überall als eine homogene, strukturlose Masse von durchaus gleicher Dicke und färbt sich in etwas hellerer Farbe, als ihre Umgebung. Sie scheint in ihrer Zusammensetzung Ähnlichkeit zu haben mit dem Epidermoidalgewebe.

Die Wahrscheinlichkeit, dafs sich ein Doppel-Komedo durch das Zusammenschmelzen zweier einzelner Läsionen bildet, wird noch vergröfsert durch die Thatsache, dafs man Läsionen gefunden hat, bei welchen drei oder vier Öffnungen mit einer Talgdrüse in Verbindung standen. Es ist vernünftiger, diese multiplen Komedonen dem Zusammenwirken mehrerer einzelner durch Druck und Absorption zuzuschreiben, als das Bestehen einer Anzahl von Anomalien anzunehmen, woraus die Notwendigkeit entspränge einem jeden neuen Fall eine neue Anomalie anzupassen, wohingegen in dem andren Falle ein allgemeines und einfaches Gesetz genügt, um jedes Beispiel zu erklären.

Über die Behandlung der Syphilis des Nervensystems während der letzten 13 Jahre.

Von

Dr. Schuster

in Aachen.

(Fortsetzung.)

Leyden findet (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1882), dafs die antisyphilitische Behandlung bei der Tabes nichts leistet, und erkennt hierin, neben andern Gründen, noch einen Grund, dafs eine syphilitische Tabes nicht bestehe.

Bumstead und Taylor sprechen sich in ihrem Buche (*Venereal diseases.* 1883) gegen die spezifische Natur der Tabes aus, für deren Rettung sogar das Ulcus molle als Ursache herangezogen werden müsse. Bei syphilitischer Affektion des Nervensystems dürfen halbe Mafsregeln nicht Platz greifen. Ein wenig Merkur, oder 0,5 bis 1 g Jodkali will nicht mehr thun, als das Wasser, worin die Mittel gelöst sind. Beide Mittel müssen in heroischen Dosen angewandt werden, sollen das Leben erhalten oder ernste Folgen abgehalten werden. Da, wo Jodkali gut ertragen wird, beginne man mit 2 bis 4 g dreimal täglich und verstärke die Dosis über den andren Tag um je 0,3 g.

Chvostek gibt im *Archiv f. Dermat. und Syph.* (1881—83) 21 Beobachtungen von Hirnsyphilis, von denen 5 starben, 11 teilweise geheilt, 4 vollständig geheilt wurden, 1 Fall blieb ungeheilt. Von den 5 verstorbenen war einer nicht antiluetisch behandelt worden. Von den 11 teilweise geheilten waren 5 mit Jodkali allein, 6 mit Jodkali und Schmierkur behandelt, von den 4 genesenen waren 3 mit Jodkali allein, 1 mit Jodkali und Schmierkur behandelt. Der ungeheilt gebliebene war mit Jodkali und Sublimatinjektionen behandelt.

Bei der Besprechung der 21 Fälle, die er den von Heubner aufgestellten 3 Typen einzureihen nicht ganz imstande ist

a. den psychischen Störungen mit Epilepsie,

b. erster apoplektischer Anfälle mit nachfolgender Hemiplegie,

c. Verlauf des Hirnleidens ähnlich der Dementia paralytica,

erwähnt er, dafs unter einer energischen antiluetischen Behandlung die Erscheinungen ganz oder gröfstenteils dauernd oder vorübergehend schwinden können. Wird aber keine energische antisyphilitische Behandlung eingeleitet, bisweilen aber trotz einer solchen (wenn namentlich der Krankheitsprozefs schon weit fortgeschritten ist) kommt es zur Steigerung der Erscheinungen, der Kranke wird bewufstlos, er geht an den Folgen der Komplikationen, des Dekubitus zu Grunde.

Wernicke erwähnt in seinem *Lehrbuch der Gehirnkrankheiten.* Bd. II (1881—82), dafs bei syphilitischer Gehirnerweichung möglichst zeitig das Jodkalium in grofsen Dosen anzuwenden sei. Die Behandlung der Herdsymptome hat sich nach denselben Grundsätzen zu richten, die für die Herdsymptome bei der Gehirnblutung mafsgebend sind.

Biedenkap (Über Vorbeugung und Prophylaxis der Syphilis. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1886), der im allgemeinen gegen spezifische Behandlung der Syphilis ist und besonders Merkur selten anwendet, verlangt dieses Mittel dennoch da in Verbindung mit Jodkali, wo die initiativen Prozesse des sekundären Stadiums sich im zentralen Nervensysteme lokalisieren, was mitunter früh, ja beim ersten sekundären Stadium stattfinden kann.

Nach Gowers (*Diseases of the nervous system.* 1886) ergreift die Syphilis das Rückenmark durch eine Geschwulst oder durch chronische syphilitische Meningitis. Akute und chronische Entzündung, ebenso Systemerkrankung des Rückenmarkes sind zwar oft bei Syphilitischen anzutreffen, aber sie unterscheiden sich in nichts von den bei Nichtsyphilitischen.

Gowers empfiehlt überhaupt bei Rückenmarksaffektionen Merkur in den akuteren und Jodkali in den chronischen Formen. Bei Meningitis empfiehlt er neben Merkur und Jod besonders Ruhe, örtliche Ableitungen durch wiederholte Sinapismen, Vesikatoren, Glüheisen, warme Bäder; narkotische Injektionen gegen Schmerzen.

Mit Rücksicht darauf, dafs bei fast zwei drittel der Tabischen Syphilis einmal bestanden hat, nimmt er ein kausales Verhältnis der Syphilis zur Tabes an; hier aber hat die Nervendegeneration keinen spezifischen histologischen Charakter, auch ist die Tabes selten

durch antisyphilitische Behandlung beeinflufst; deshalb kann die Tabes nicht als syphilitische Krankheit, sondern nur als degenerativer Prozefs infolge der Syphilis angesehen werden. Aufserdem hebt Gowers die sekundäre Tabes, resp. Tabessymptome infolge von Myelitis und Gumma des Rückenmarkes hervor.

Gowers hofft nur dann bei Tabes einigen Erfolg von spezifischer Behandlung, wenn die Tabessymptome sich bei den früher Syphilitischen rasch entwickelten, besonders in den ersten zwei Jahren der Infektion, und wenn alsdann der Kranke baldigst in Behandlung kam. Unter solchen Umständen sollten grofse Dosen Jodkali gegeben werden und bei kurzem Zwischenraum zwischen Tabes und Infektion auch Merkur bis zu leichter Zahnfleischaffektion. Bei langsamer Entwickelung der Tabes, mehrere Jahre nach der Infektion, mag man Jodkali bis zur Tagesdose von 1,50 g während 6 bis 8 Wochen geben, auch sehr kleine Gaben Merkur; sie scheinen einen tonischen Effekt zu haben.

Aber in späten Tabesformen, sowie in allen auf Syphilis spät folgenden degenerativen Nervenerkrankungen ist eine energische Merkurbehandlung nachteilig, der Krankheitsprozefs wird beschleunigt. So sah Gowers nach energischer langer Merkurbehandlung in Aachen verschiedene derartige Fälle mit sehr traurigen Folgen.

Die Elektrizität, insbesondere der neuerdings empfohlene faradische Pinsel, hat sozusagen keinen Effekt auf Tabes. Gowers empfiehlt im übrigen gegen Tabes geistige und körperliche Schonung, Vermeidung von Alkohol und Tabak; von Medikamenten empfiehlt er noch Arsenik mehrere Monate lang. Volle Entleerung der Blase, wenn nötig mittels des nie nachteiligen Katheters, wird besonders zur Vermeidung der Pyelophlebitis empfohlen.

Von allen syphilitischen Schädigungen des Rückenmarkes sind die Gummata, wenn sie nicht zu lange bestanden haben oder nicht gar zu umfangreich sind, am meisten der Behandlung zugängig. Gowers empfiehlt dann 2—6 g Jodkali täglich, und wenn die Symptome nicht rasch weichen, auch Merkur. Es ist nötig, durch eine energische und genaue Behandlung rasche Besserung zu erzielen, denn ein Unterschied von wenigen Tagen in der Fortdauer des Druckes der Geschwulst auf die Nervenfasern mag

einen Unterschied von Wochen in der Fortdauer der Symptome und einen offenbaren Einfluſs auf den Grad der Besserung haben.

Rumpf bespricht in seinem Buche: *Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems*, 1887 in bezug auf Therapie die Beziehungen der syphilitischen Nachkrankheiten des Nervensystems zur antisyphilitischen Therapie. Er kommt zu dem Schluſs, daſs luetische Erkrankungen nicht zweifellos auf eine antiluetische Behandlung zurück gehen; daraus folgt, daſs solch therapeutischer Miſserfolg nicht ohne weiteres gegen die syphilitische Diagnose einer syphilitischen Erkrankung spricht. Dies erkläre sich aus dem anatomischen Verhalten der syphilitischen Neubildungen. Die um feine Kapillaren liegende und zunehmende Neubildung soll leicht dem Zerfalle unterliegen im Gegensatze zu den um ein kräftigeres Gefäſssystem geschehenden Neubildungen. Der Gedanke, daſs das rasche Wachstum syphilitischer Neubildungen mit einer Neigung zum Zerfall, das langsame mit einer gröſseren Lebensfähigkeit infolge besserer Ernährung verknüpft sei, könne nicht ganz zurückgewiesen werden.

Ein therapeutischer Miſserfolg kann aber auch eintreten, wenn es sich bereits um sekundäre Veränderungen handelt, welche nun unabhängig von ihrer syphilitischen Ursache Störungen der physiologischen Funktion bedingen, z. B. bei Blutungen aus einem auf syphilitische Erkrankung zurückzuführenden Aneurysma, bei Erweichung infolge Gefäſsverschlusses. Rumpf wirft auch die Frage auf, ob nicht der durch antisyphilitische Behandlung etwa vor sich gehende rasche Zerfall der syphilitischen Gefäſsinfiltration zu Aneurysmenbildung und so zu Blutungen führen könne? Auch könnte bei Rückgang einer syphilitischen Infiltration durch die erfolgende Narbenbildung Schaden gestiftet werden. Auch findet Rumpf, daſs viele Neurasthenische mit syphilitischer Vorgeschichte antiluetisch behandelt werden, und zwar mit schädlichem Erfolge, weil objektive Symptome einer organischen Erkrankung fehlten. Auch fand er angeblich nach Merkurbehandlung einmal das Auftreten von Sopor, der aber dann dem Jod wich.

Für Inunktion ist Rumpf wegen der unsicheren Dosierung nicht, aber von den Quecksilberinjektionen, die er machte, ist

er auch wieder zurückgekommen; wohl wendet er seit deren Bekanntwerden die Liebermeistersche innere Kalomelbehandlung an.

Vom Jodkali hat Rumpf zweifellose Erfolge gesehen, besonders bei meningealen Reizzuständen, bei peripheren Nervenaffektionen, die sich mit leichteren funktionellen Cerebralerscheinungen verbanden. Meist aber gibt er Jodkali in durchschnittlichen Tagesdosen von 2,5 g im Anschlusse an eine Merkurbehandlung.

Bei schwächlichen Individuen und insbesondere bei hereditärer Lues des Nervensystems sollen die Merkur- und Jodpräparate meist versagen; er empfiehlt dann den Syrupus ferri jodati, 30 : 100 Sirup, dreimal täglich einen Eßlöffel voll.

Rumpf empfiehlt ähnlich das Quecksilber wie Fournier, der Merkur abwechselnd mit Jod während zweier Jahre anwendet. Er selbst hat die Merkurbehandlung bis auf 30 Tage und mehr ausgedehnt, dann Jod gegeben. Nach Verlauf einiger Monate ließ er dann eine Pause machen, um die Behandlung mit entsprechenden Zwischenräumen bis auf $1^1/_2$ Jahr auszudehnen.

Bei Kongestionszuständen des Gehirns empfiehlt Rumpf die Anwendung der Kälte in Form von kalten Abreibungen, kühlen Halbbädern von 24° bis 16° und kurzer Dauer. Bei intensiver Benommenheit des Sensoriums, hervorgerufen durch Zirkulationsstörungen in cerebro, pflegt ihm eine kühle Übergießung im warmen Bade günstig zu sein. Gegen aktive Kongestionen verbunden mit Schmerzen gibt er den Eisbeutel.

Als Hygieine: Geistige Ruhe, Verbot aller Ausschweifungen, leichte und gute Nahrung, leichte Zimmergymnastik ohne Gebrauch der Hanteln.

Bei Rückenmarkserkrankungen hat er gegenüber stärkeren Schmerzen und Reizerscheinungen die Applikation von Wärme in Gestalt von Priessnitzschen Umschlägen versucht. Seine Erfahrungen betreffs der Thermalsoolen bei Syphilitischen lauten nicht günstig. Die im hohen Ansehen stehenden Aachener Thermen haben ihren Hauptwert nach Rumpf durch die gleichzeitig ausgebildete Quecksilberbehandlung.

Von der Elektrizität hält Rumpf sehr viel. Faradischer Strom (der Pinsel) bei Tabes, aber auch für diejenigen Anfangsformen der progressiven Paralyse, wo schon Störungen der Moti-

lität bestehen. Mit Vorliebe wird von Rumpf bei hyperämischen Zuständen des Gehirns und bei Neuralgien der faradische Pinsel angewandt, den er als ableitendes und reflektorisches Mittel betrachtet, ähnlich wie Vesikantien, Pustelsalben, Glüheisen etc. Jedoch wendet er auch den galvanischen Strom hier wie bei Mono- und Hemiplegien neben der antiluetischen Behandlung an.

In bezug auf die Frage: „Tabes und Syphilis", hält Rumpf dafür, dafs das klinische Bild der Tabes in keiner Weise gegen einen durch Syphilis bedingten pathologisch-anatomischen Prozefs spreche; dafs die Entstehung der Tabes durch syphilitische Gefäfserkrankung noch keineswegs ausgeschlossen sei; dafs der überwiegenden Mehrzahl der Tabesfälle eine syphilitische Durchseuchung vorausgegangen sei; dafs die Erfolge der antisyphilitischen Theraphie eher für als gegen einen Zusammenhang der Tabes mit der Lues spreche.

Die Rumpfsche Behandlung der Tabes, von der er den entschiedensten Nutzen, selbst Heilung erzielt haben will, besteht in der wiederholten Anwendung einer 4—5 wöchentlichen Merkurbehandlung in Abwechselung mit Jodkali. Damit einhergehend abwechselnd mit dem galvanischen Strome über den andren Tag die Anwendung des elektrischen Pinsels; letztere geschieht so, dafs bei Stellung der Anode des Induktions-Öffnungsstromes auf dem Sternum der Rücken und die ergriffenen Extremitäten mit dem die Kathode darstellenden Pinsel während 10 Minuten derartig behandelt werden, dafs jede Stelle mehrmals von dem Strome berührt und kräftig gerötet wird; diese Prozedur wird, jedesmal mit dem Rücken beginnend, zweimal wiederholt.

Seeligmüller spricht sich in seinem *Lehrbuch der Krankheiten des Nervensystems*. 1887, betreffs Behandlung der Syphilis des Gehirns dahin aus, dafs die Ausgänge der Erkrankungen abhängig seien von dem rechtzeitigen Erkennen ihrer Natur und von der nötigen Energie der Behandlung. Auch in den verzweifeltsten Fällen sei Heilung noch möglich. Merkur und Jod müssen unabhängig von grofser Dyspepsie oder Hinfälligkeit angewandt werden. Bei gefahrdrohenden Hirnerscheinungen soll man mit der Einleitung einer milden Inunktionskur nicht zögern. Besonders milde seien diese Kuren in Aachen und Burtscheid,

wo täglich gebadet wird. Die Therapie der syphilitischen Rückenmarkskrankheiten sei dieselbe, wie bei Hirnsyphilis. Indessen sind die Erfolge viel seltener und jedenfalls unvollständiger, als bei jener. In manchen Fällen trete, namentlich während rigoroser Kuren, Verschlimmmerung der Erscheinungen ein, besonders bei Geschwächten. Deshalb sei man vorsichtiger in der Dosierung, als bei Gehirnsyphilis. Auch bei hereditärer Syphilis sah er Erkrankung des Nervensystems auf spezifische Behandlung, insbesondere nach Sublimatbädern zur Heilung übergehen.

Strümpell findet (*Lehrbuch der Krankheiten des Nervensystems*. 1887), dafs es wenige schwere und lebensgefährliche Krankheitszustände gibt, wo so grofse Erfolge bei rechtzeitiger Therapie erzielt werden als bei Gehirnsyphilis. Sie vermag dies nur dadurch, dafs sie die luetischen Neubildungen (das Gumma, die Neubildung an der Gefäfsintima) zum Zerfall und zur Resorption bringt. Damit schwinden die Druckwirkungen der Syphilome auf ihre Umgebung, damit wird das Lumen der Gefäfse wieder hergestellt und die Blutzufuhr zu den aufser Zirkulation gesetzten Gehirnabschnitten wieder erneuert. Ist das Gewebe überhaupt noch funktionsfähig, so nimmt es diese Funktionen wieder auf, und dann verschwinden alle Krankheitserscheinungen. Bereits eingetretene Degeneration der Nervenfasern, Erweichung in der Gehirnsubstanz, bedeuten fast unwiederbringlichen Verlust an funktionsfähigem Nervengewebe; hier nützt eine antisyphilitische Behandlung nichts mehr. Hieraus ersichtlich ist ein möglichst frühes Eingreifen der Therapie und zwar mittels Merkurinunktionen, 3—5 g grauer Salbe täglich, womit gewöhnlich eine Jodbehandlung 3—6 g täglich verbunden wird. Nur bei gut genährten, vollblütigen Personen gleichzeitig knappe Diät. Bei anämischen und schwächlichen Personen sei die Ernährung eine ausreichende. Nach dem Verschwinden der Symptome mufs die Inunktionskur noch 1—2 Wochen fortgesetzt werden, ebenso auch das Jodkali in kleinen Dosen noch längere Zeit. Wenn nach 20—30 Einreibungen keine Wirkung sich zeige, so sei überhaupt die Aussicht auf Besserung gering. In günstigen Fällen beginnt die Besserung mit 3—4 Einreibungen. Aufser der spezifischen Behandlung ist in vielen Fällen noch eine symptomatische nötig;

Narcotica, örtliche Applikationen am Kopf, Badekuren, Elektrizität kommen nach denselben Regeln und Gesichtspunkten in Betracht, wie bei den übrigen chronischen Gehirnkrankheiten und unterstützen die kausale Behandlung in wirksamer Weise.

Ähnliche Gesichtspunkte gelten für die Rückenmarkserkrankungen, in denen ein Zusammenhang mit Syphilis vermutet wird. Bei diesen ist der Zusammenhang zwischen Syphilis und Erkrankung meist schwerer nachzuweisen.

Liegt bei der Tabes die Syphilis als mögliches ätiologisches Moment vor, so hält STRÜMPELL eine antiluetische Behandlung berechtigt; man sehe zuweilen Besserung; Hauptsache ist, möglichst früh damit zu beginnen. Jedenfalls wäre zu versuchen, ob man nicht durch eine methodisch fortgesetzte antiluetische Behandlung das Weiterschreiten der Krankheit verhindern könnte. Bereits eingetretene Ausfallssymptome wird man natürlich nicht zum Verschwinden bringen.

Gegen Dementia paralytica empfiehlt er, besonders wenn frühere syphilitische Infektion nachgewiesen ist, die Inunktionskur. Grofse Erfolge kann man hiervon ebensowenig wie bei Tabes erwarten, nur das Fortschreiten der Krankheit kann vielleicht aufgehalten werden. Man wird die Einreibungen daher in Verbindung mit Jodkali im Anfangstadium der Krankheit versuchen; im übrigen lauwarme Bäder mit kühleren Abreibungen, vorsichtige elektrische Behandlung.

ZIEHEN macht in seinem Aufsatze: Beitrag zur Frage des Zusammenhangs zwischen progressiver Paralyse und Syphilis (*Neurolog. Centralbl.* 1887. Nr. 9) folgende Bemerkungen betreffs der Therapie. Von 8 mit syphilitischer Paralyse behafteten Personen, die mit Quecksilber behandelt waren, trat bei 6 eine mehrmonatliche, zum Teil noch länger dauernde Remission ein. Es wurden bis zu 400 g Ungt. ciner. verbraucht. Der Autor macht zur Klärung der von ihm aufgeworfenen Frage noch die Bemerkung, dafs, wenn man erwägt, wie machtlos die spezifische Therapie auch bei sicherer Lues ist, sobald sich zu der Herderkrankung eine diffuse Rindenerkrankung gesellt hat, man bei dem relativen Erfolg des Merkurs in diesen Fällen die Machtlosigkeit der spezifischen Therapie nicht gegen jede

ätiologische Bedeutung der Syphilis bei Paralyse anführen dürfe.

GERHARDT hebt in seinem lehrreichen Vortrage: Die Krankheiten der Gehirnarterien (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1887. Nr. 18) in bezug auf Therapie derselben hervor, dafs, wenn man nicht von der Prophylaxis sprechen will, von den Hirnakterienerkrankungen in der Therapie nicht viel weiter übrig bleibt, als eine Anzahl von Erkrankungen, die auf Syphilis zurückbezogen werden können. Diese frühzeitig zu erkennen und durch antiluetische Behandlung rückgängig zu machen, ist nicht selten möglich, und das ist an praktischen Beziehungen zu Heilzwecken aus der Lehre von den Gehirnarterienerkrankungen am besten hervorzuheben.

Aachen, Ende November 1887.

Berichte über Versammlungen.

XII. Kongrefs der italienischen Ärzte zu Pavia.

19.—25. September 1887.

Sektion für Syphilis und Hautkrankheiten.

(Original-Bericht.)

III.

Sitzung vom 22. September — Präsident: CASABINI.

(Fortsetzung.)

CAMPANA, **Untersuchungen über Psoriasis,** macht eine ausführliche Mitteilung über neue histologische, klinische und experimentelle Untersuchungen, woraus folgende Schlufsfolgerungen gezogen werden können:

a. Vom klinischen Standpunkte bestätigt Redner, dafs das Chrysarobin besser als jedes andre Mittel die Psoriasis zur Heilung bringt; es mufs jedoch in Verbindung mit andern Medikamenten angewendet werden, die dazu dienen, die vorherrschenden anatomischen Symptome der Entzündung zu modifizieren.

b. Vom histo-anatomischen Standpunkte bestätigt er die Arbeiten andrer Autoren; bestätigt die Veränderung der Dicke der Schleimhautschicht über den Papillen; betont, dafs die Färbung der Cutis während der Dauer des chrysophanischen Erythems eine Wirkung der Gefäfsveränderungen und der verschiedenen Färbungen sei, die das mit dem Protoplasma und den alkalischen Substanzen in Berührung gekommene Chrysarobin den Epithelien verleiht.

c. Was den experimentellen Teil betrifft, mufs hervorgehoben werden, dafs es nicht gelingt, bei Meerschweinchen eine Psoriasis hervorzurufen, die also in jenen Fällen, wo sie vorgekommen sein soll, von fremden oder zufälligen Bedingungen herrühren dürfte.

Die Entwickelung der Papillen würde nicht allein von der Entwickelung der Epithels, sondern auch von den dem Papillarderma selbst eigenen Veränderungen abhängen.

Mannino. **Die Abortivbehandlung der Luës durch rechtzeitige Kauterisation des Ulcus specificum mittels des Paquelinschen Thermokauters nach vorausgegangener Kokainanästhesie.** Redner verweist auf die Fälle von Initialsklerose, die er selbst erfolgreich in den vergangenen Jahren durch die Kauterisation behandelt hat, und die schon in dem *Giornale Italiano delle malattie veneree* (Mailand 1887) veröffentlicht wurden. Redner knüpft daran noch einige Betrachtungen und wünscht, dafs dieses Verfahren, welches viel wirksamer ist als die jüngst von Fournier vorgeschlagenen Mittel zur Verminderung der Möglichkeit der Syphilisverbreitung, von den Spezialisten angewendet und weiter versucht werde.

Casarini, Barduzzi und Majocchi anerkennen die wissenschaftliche und gesellschaftliche Bedeutung dieser Methode und geben zu, dafs man theoretisch die Möglichkeit der Abortivbehandlung der Syphilis nicht in Abrede stellen kann. Nur selten bietet sich jedoch die Gelegenheit zur rechten Zeit einzuschreiten, denn selbst dann, wenn die Drüsen noch nicht infiltriert sind, ist doch anzunehmen, dafs das Syphilisvirus schon in den Organismus vorgedrungen sei.

De Amicis erinnert an die von Professor Leloir (Lille) letzthin geänderte Anschauung und ist mit ihm und Dr. Mannino darüber einig, dafs in allen Fällen, wo eine kaustische oder chirurgische Zerstörung des Initialsyphiloms möglich ist, man zu diesem Mittel greifen müsse, weil es viel Hoffnung gewähre.

Sitzung vom 23. September — Präsident: Scarenzio.

De Amicis. **Über einen Fall von Lichen ruber universalis.** Berichtet über einen Fall von Lichen ruber acuminatus, planus et corneus, welcher binnen anderthalb Monaten durch den internen Gebrauch von Arsenik und die lokale Behandlung mittels Naphtolsalbe zur Heilung kam. Aus diesem Falle zieht De Amicis folgende Schlüsse: 1. dafs das Wort Lichen nur bei der roten Flechte angewendet und der skrofulösen Flechte nicht beigelegt werden sollte, da diese sowohl wegen Form und Natur, als auch wegen ihrer Behandlung eine ganz andre Erkrankung bildet. 2. Dafs man zum Lichen ruber den acuminatus, den planus und den corneus zuzurechnen habe, und man jede andre Unterscheidung bei seite lassen solle, da sie geeignet sei, Verwirrung zu bringen. 3. Dafs der Sitz der Alteration vorzugsweise in dem Papillarkörper des Derma gelegen sei, und dafs die Veränderungen der Follikel sekundär auftreten und absolut nicht erforderlich

seien, um den Krankheitstypus zu bilden. 4. Dafs die qu. Affektion neuropatischen Ursprungs zu sein scheine; es müsse jedoch hierbei sichergestellt werden, ob die trophische Störung primär sei oder aber sekundär infolge möglicher Blutveränderungen. 5. Dafs die bakteriologischen Forschungen bisher kein positives Resultat ergeben haben. 6. Dafs die Prognose immer günstig gestellt werden müsse. — Hierauf demonstriert Redner eine gelungene Illustration des Falles sowie einige mikroskopische Präparate.

Dr. Melle. **Über eine neue rasche Färbungsmethode der Rhinosklerombacillen.** Dieselbe besteht in folgendem:

Man läfst die Präparate 10 bis 15 Minuten lang in der folgenden Mischung stehen:

Gentianaviolett	2 g
Absoluter Alkohol	15 „
Destill. Wasser	100 „

M.

Hierauf gibt man sie auf 2 bis 3 Min. in die Lösung Lugols, taucht sie dann für 1 bis 2 Sekunden in eine wässerige Lösung von Acid. nitricum (30—40 %) und wäscht sie unmittelbar darauf mit absolut. Alkohol. In der Folge färbt man sie mit einer wässerigen Safraninlösung, wäscht sie dann wieder in absolut. Alkohol bis die überflüssige Farbe weg ist; zuletzt hellt man sie in Nelkenöl auf und verschliefst sie. — Nach dieser Methode werden die Bacillen sehr schön violett gefärbt und stechen von dem roten Untergrunde scharf ab.

Mannino. **Das Resorcin und die Hautepitheliome.** Redner zählt eine Reihe von Fällen auf, bei welchen das von Kaposi so gering geschätzte Resorcin sich sehr wirksam gegen die Epitheliome der Haut erwiesen hat.

Breda. **Geringelte Haare bei einem Epileptiker.** Redner zählt die beglaubigten Fälle auf von bleibenden grauen Haaren infolge von Paralysen und Neuralgien; jene von transitorischen Hypotrophien, zusammenhängend mit Chlorose (Richelot), mit fieberhaften Prozessen (Compagne) und mit Cephalalgie (Bayet), und endlich jenen einzigen von rekurrierenden Haarhypothrophien vielleicht infolge von Nervenstörungen bei epileptiformen Anfällen, und die sogenannten Ringelhaare, die vielleicht auch von nervösen Störungen abhängen. Den fünf bis jetzt bekannten derartigen Fällen fügt Redner den von ihm beobachteten hinzu. Es handelt sich um einen 25-jährigen Mann, der Epileptiker seit seiner frühesten Kindheit, jetzt jede zwei Monate an einem epileptischen Anfall leidet; seine Haare, an allen Körperstellen, sind derart gestaltet, dafs man an ihnen auch mit freiem Auge lichte und dazwischenliegende pigmentierte Zonen beobachten kann. Die Cuticula hat ein gesundes Aussehen; von Parasiten kann absolut nicht die Rede sein. Diese Haare leisten jedoch dem Zuge weniger Widerstand als die gesunden und brechen sich vorzugsweise an den lichten Stellen. Die gewöhnlichen Reagenzien ändern nichts an diesem Zustand der Dinge. Der

Kranke bietet überdies bemerkenswerte Veränderungen der thermischen, Schmerz-, Tast- und elektrischen Hautempfindlichkeit. — Redner schliefst seine Mitteilungen mit der Annahme, dafs zwischen Epilepsie und Ringelhaaren ein Kausalnexus existiere.

Peroni. **Herpes tonsurans maculosus et squamosus.** Berichtet über eine kleine Epidemie von Herpes tonsurans maculosus et squamosus (Kaposi), die er bei Novera zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. Da er, im Gegensatz zu Kaposi, die Kontagiosität dieser Affektion konstatiert hat, so folgert er, dafs man in anbetracht der klinischen Phämomene diese Erkrankung als Roseola purpuracea trychophytica zu nennen habe.

A. Ducrey. **Über einen Fall von syphilitischer Reinfektion bei einem Weibe, bei welchem das neue Kontagium und die neuen luëtischen Erscheinungen bei noch bestehenden Zeichen einer vorausgegangenen Syphilis auftraten.** Von diesem sehr merkwürdigen Falle, dessen ganzes Interesse in dem Titel liegt, hat D. eine schöne Zeichnung anfertigen lassen, wo die verschiedenen syphilitischen Manifestationen zu zu sehen sind.

Prof. Scarenzio erinnert an einen ähnlichen Fall, den er im Jahre 1882 publiziert hat. In diesem Falle handelte es sich jedoch nicht um den Ausbruch von neuen syphilitischen Erscheinungen während des Vorhandenseins der alten, und dadurch steht der Fall Scarenzios von jenen Ducreys weit ab.

Pelizzari. **Über eine Methode zur Erzeugung von lokaler Anästhesie.** Zur Erlangung einer wirksamen Anästhesie an einer Stelle der Haut, wo man operieren will, appliziert P. den Gefrierungs-Mikrotomtisch Schantzes, der verschiedenartig modifiziert ist, je nach der Gegend, die man zu operieren hat.

Nizzo. **Histologische Beobachtungen bei Lupus erythematosus vor und nach der Anwendung von Ung. neapolitanum.** Bemerkenswert war die beträchtliche Entwickelung der Blutgefäfse, so dafs man an einigen Stellen Angiome vor sich zu haben glaubte. Nach beendigter Kur waren, mit Ausnahme einer Vermehrung von Kapillaren und eines leichten Grades von Infiltration, sämtliche Alterationen verschwunden.

Ciarocchi. **Lokale Asphyxie und symmetrische Gangrän der Extremitäten.** Berichtet über einen sehr ausgesprochenen Fall dieser Affektion. Auf Grund besonderer Symptome, die bei diesem Fall beobachtet werden konnten, behauptet Redner, dafs die fast allgemein angenommene Theorie Raynauds von den vasomotorischen Krämpfen zum mindesten nicht hinreicht, um den besprochenen Fall zu erklären. Redner meint, es handle sich hier eher um einen endoarteritischen Prozefs der Kapillargefäfse vergesellschaftet mit einer Neuritis peripherica.

Tommasoli. **Über Milztumor bei der hereditären Syphilis.** Redner berichtet von einem hereditär syphilitischen Kinde mit einem enormen Milztumor, ganz tief in das Becken reichend, welcher noch nach 10 Monaten bestehen blieb und keine Andeutung zu einer Besserung zeigte. Von diesem Falle ausgehend, versucht Tommasoli die Pathogenese dieser Tumoren zu entwickeln, und wegen der Analogie mit den Erscheinungen andrer einfacher akuter und chronischer Vergiftungen und mit andern syphilitischen Läsionen der Eingeweide setzt er fest, dafs der Milztumor der ersten Monate der hereditären oder acquirierten Syphilis ein Produkt einer akuten Vergiftung sein müsse, und jener, welcher später auftritt und eine amyloide Degeneration eingeht, die Folge einer chronischen Vergiftung sei.

Casarini. **Über einen Fall von syphilitischer Albuminurie.** Erzählt die Geschichte einer mäfsigen Albuminurie bei einem Individuum, das keine rheumatischen Affektionen gehabt, wohl aber vor 4 Monaten syphilitisch gewesen. Alle gewöhnlichen Mittel, die ihm von Ärzten verschrieben wurden, blieben gegen die Albuminurie unwirksam und nur die vom Redner eingeleitete spezifische Kur konnte selbe verschwinden machen.

Demateis. **Über die Ätiologie der Psoriasis.** Redner teilt eine lange Reihe von experimentellen Untersuchungen über diese Affektion mit. Die Folgerungen, die er aus seinen Beobachtungen zieht, sind folgende: 1. Es existiert in den Effloreszenzen der Psoriasis ein Mikrokokkus mit konstanten Eigenschaften. 2. In grofser Menge findet er sich unter den Schuppen der Psoriasis. 3. Er ist züchtbar im Nährboden tierischer Abstammung. 4. In diesen Substanzen wächst er sehr rasch. 5. Sein Wachstum ist am stärksten an der Oberfläche der Nährsubstanz. 6. Durch Inokulation der Kulturen dieses Mikroorganismus ist es möglich, bei Tieren Effloreszenzen hervorzubringen, ähnlich den Psoriasisschuppen. 7. Er erzeugt krankhafte Phänomene in keinem andren Teile des Organismus als auf der Haut. 8. Die Versuche am Menschen hält er noch nicht für zulässig.

Aufser den in der Sektion für Hautkrankheiten gemachten Mitteilungen wurden in andern Sektionen des Kongresses noch einige gemacht, die von unmittelbarem Interesse für die Dermo-Syphilographie sind. Ich erachte es als meine Pflicht, über folgende Bericht zu erstatten:

Valenti. **Seitliche Grübchen am Frenulum des Präputiums.** Redner spricht von einigen Grübchen an den Seiten des Frenulums, die nicht zu verwechseln sind mit den vielen Fältelungen, die sich an demselben Platze durch Traktion des Bändchens selbst bilden. Er hat sie konstatiert bei mehr als zwei drittel der untersuchten Individuen. Solche Grübchen sind in verschiedener aber doch immer kleiner Entfernung von dem Frenulum gelegen, manchmal zu je zwei auf jeder Seite, und haben das Aussehen von

Drüsenausführungsgängen, sind rundlich und haben einen Durchmesser, der zuweilen auch 2 mm überschreitet; die Tiefe beträgt wenig über 1 mm. Ihre Auskleidung bietet dieselben histologischen Charaktere der Auskleidung der Glans und der inneren Fläche der Präputiums. Redner bestätigt die Behauptungen Fingers und Bergonzinis, wonach jene an der Glans und der inneren Präputialfläche als Drüsen und an dem sulcus coronarius unter dem Namen Tysonsche Drüsen bekannten histologischen Formen nichts Andres als Einstülpungen des Epithels sind. Redner findet die Erklärung der Entstehung der genannten Grübchen in dem Zurückbleiben an den Seiten des Frenulums, auch lange Zeit, nachdem die Loslösung des Präputiums erfolgt ist, von aus Schuppen und Zellbestandteilen zusammengesetzten Körperchen. Er hat selbe bei Neugeborenen und auch bei zwei Kindern von 2 Jahren beobachten können, wo die Grübchen sehr stark entwickelt waren. Redner wirft die Frage auf, ob nicht diese Grübchen unter die Ursachen zu rechnen seien, die die Häufigkeit der venerischen Geschwüre an den Seiten des Frenulums bedingen, indem sie zur leichteren Aufnahme des Virus dienen. Aber er überlasse den Syphilidologen die Antwort darauf.

Bonome (Turin). **Über die Lepra der Lungen.** Die bezüglichen mikroskopischen Präparate zeigen zur Evidenz diese Lokalisation des Leprazprozesses, die bis jetzt unbekannt war.

Bordoni-Uffreduzzi (Turin). **Über den Leprabacillus.** Redner zeigt die Reinkulturen, die er als erster von diesem Bacillus gewonnen. Diese Kulturen sind jedoch wenig konstant und dauernd.

Cozzolino (Neapel). **Psoriasis der Zunge.** Redner thut einiger Fälle von einfacher und umschriebener Psoriasis lingualis Erwähnung, bei welchen er mittels der Galvanokaustik (dünne lineare Kauterisationen) sehr gute Erfolge erzielt hat; die nachfolgende Medikation der Ulcerationen bestand in der Applikation der folgenden Mischung: Glycerini 30,0, Jodi puri 0,20, Kal. jodati 20,0, Acid. thym. 0,10.

Piana (Mailand). Betrachtungen über die Struktur dreier Korneome.

Reymond (Turin). Eine Beobachtung über die Veränderung der Tegumente des Kopfes, ein Xerodern vortäuschend.

Marza (Genua). Die Kalomeleinspritzungen. — Anatomische und experimentelle Untersuchungen als Beitrag zur Ätiologie des Eiters.

Fiori (Sassari). Die Purpura haemorrhagica im Zusammenhang mit der Malariainfektion.

In der Sitzung vom 24. beschloſs unsre Sektion noch die Gründung einer Gesellschaft der italienischen Dermatologen und Syphili-

dologen zur gröfseren Entwickelung dieses Zweiges der Medizin und dafs die nächste Versammlung derselben im Frühling des Jahres 1889 in Rom zusammentreten solle.

Siena. TOMMASOLI.

Referate.

T. M'CALL ANDERSON, M. D., Professor der mediz. Klinik an der Universität Glasgow. **A Treatise on Diseases of the skin.**

Der Verfasser, einer der besten Dermatologen Englands, hat seine ungemein reichen Erfahrungen in einem Lehrbuch vereinigt, welches durch Präzision und scharfe Charakteristik der klinischen Bilder ebenso ausgezeichnet ist wie durch Klarheit und Gewandtheit der Sprache. Ein besonderer Vorzug des Buches in den Augen des praktischen Arztes ist gewifs die besonders bei den gewöhnlichen Dermatosen oft bis ins kleinste Detail gehende Bearbeitung des therapeutischen Teiles.

Das Kapitel Ekzem erfreut sich in dieser Hinsicht der gründlichsten Erörterung, in ähnlich erschöpfender Weise ist die Psoriasis abgehandelt.

Den Dermatologen interessieren am meisten die hier noch weniger bekannten exotischen Hautkrankheiten, deren genauere Beschreibung von Dr. CHRISTIE herrührt.

Es sind besonders hier anzuführen: Parangi, Delhi boil, Donda Ndugu, Yaws, Ainhum, Madura foot und Dengue. — Parangi ist eine der Syphilis ähnliche Erkrankung; sie hat ein Inkubationsstadium von 2—8 Wochen, ein sekundäres Stadium von 2—8 Tagen mit Allgemeinerscheinungen wie Fieber, rheumatoide Schmerzen etc. und eine tertiäre Periode mit papulösen Exanthemen. Nach sechsmonatlicher Dauer der letzteren kommt es entweder wie gewöhnlich zu völliger Heilung oder es entwickeln sich deletäre Folgezustände, wie subkutane Tumoren, Exulcerationen, Mortifikation von Fingern und Zehen und Marasmus.

Die in hohem Grade infektiöse Affektion herrscht fast ausschliefslich und seit Jahrhunderten unter der ärmeren Bevölkerung Ceylons, wo sie zur Bezeichnung ihres venerischen Charakters den Namen „Vanin plague" führt. Merkur ist das Hauptmittel.

Delhi boil oder sore, „Furunculus delhinus", auch Aleppo-Übel genannt, ist eine lokale Affektion, die auch bei Pferden und Hunden vorkommt, und offenbar parasitären Ursprungs; sie findet sich in Asien, besonders Aleppo, Biskra, Lahore, und beginnt mit Rötung, wie nach einem Moskitostich, später zeigt sich Blasen- und Geschwürsbildung mit indurierten Rändern; erst nach zwei- bis dreimonatlichem Bestande tritt Heilung von der Mitte aus ein. Die Affektion befällt nur unbedeckte Körperstellen besonders nach der Regenzeit.

Donda Ndugu oder **Bruder-Geschwür**, unter den Eingebornen von Ost- und Zentralafrika verbreitet, wurde bereits von LIVINGSTONE, der selbst daran litt, beschrieben. Oberhalb der Achillessehne treten ein bis zwei Papeln auf, es folgt Schwellung und Abscedierung, übelriechende Sekretion und oft Gangrän bis zum Periost. Hämorrhagie und Marasmus bewirken häufig den exitus lethalis, oder es bleibt nach Heilung des Geschwürs dauernde Lähmung zurück. Die Ätiologie ist dunkel, die parasitäre Natur der Affektion wahrscheinlich.

Yaws oder **Framboësia**, Pian, ist endemisch in Afrika, eingeschleppt in Westindien, Guinea, wurde schon im X. Jahrhundert von HALY ABBAS beschrieben und neuerdings von NICHOLLS näher geschildert.

Kleine Papeln erscheinen an den Übergangsstellen der Haut zur Schleimhaut, aber auch, doch seltener, im Nacken und auf den Extremitäten; die Papeln exulcerieren und sezernieren gelblichen Eiter. Die Krankheit ist infektiös; nach einer Inkubation von drei bis zehn Wochen kommen allgemeine Hauteruptionen zum Vorschein; dieselben dauern ein bis zwei Jahre ohne, zwei bis vier Monate mit Behandlung. Weder das primäre Geschwür noch die sekundären Affektionen gleichen Syphilis, doch sind Merkur und Jodkalium die besten Mittel.

Ainhum, **Sukha pakla** (trockne Eiterung), **Quigila**, eine Dermatose der afrikanischen Rassen, der Kreolen Süd-Amerikas und der Einwohner von Ost-Bengalen, besteht in einer Hypertrophie der Haut der kleinen Zehe mit der Tendenz zur Nekrose der Knochen oder zur Verwandlung der ganzen Phalangen in fibröses Gewebe; sie ist meist symmetrisch, entwickelt sich sehr langsam und greift oft erst nach fünfzehn Jahren auf die mittlere Phalanx über; als rein lokales Leiden verursacht sie wenig Beschwerden; Amputation ist das einzige Remedium.

Madura-Fuſs oder **Indischer Fuſsschwamm**, **Mycetoma**, **Podelkoma**, **Keere nugra**, **Chionyphe Carteri** etc. ist eine besonders in den sandigen Distrikten Indiens sehr verbreitete, offenbar parasitäre, lokale Erkrankung, welche in Form schmerzloser Schwellung beginnt, die nach Monaten abscediert und eine schwärzliche, Käse ähnliche Masse entleert; nach Heilung dieses Geschwürs tritt unter fortdauernder Schwellung ein neuer Abscefs an derselben Stelle oder in dessen Nähe auf, und so weiter bis schliefslich eine enorme Schwellung des ganzen Fufses mit Fistelgängen sich ausbildet. Kauterisation in frühen, Amputation in späteren Stadien ist therapeutisch indiziert.

Dengue, **Dandy-Fieber**, gehört zu der Gruppe der akuten Exantheme, ist endemisch in Zanzibar, sporadisch in Ost- und West-Indien sowie in Süd-Amerika. Nach zwei bis viertägigem Inkubationsstadium zeigen sich prodromale Symptome, hohes Fieber und Gelenkschwellungen etc.; nach kurzer Remission zeigt sich am 4. Tage bedeutende Exacerbation und der Ausbruch eines juckenden Exanthems (Masern- resp. Scharlach ähnlich); aber auch zirkumskripte Knoten erscheinen zuweilen zuerst im Gesicht;

Handteller und Fufssohlen sind stets affiziert; nach 24stündigem Bestande des Exanthems erblafst dasselbe und führt zu allgemeiner Desquamation; das Fieber besteht bis zum Verschwinden der Eruption, und Rekonvaleszenz folgt; plötzlich tritt ein Recidiv auf von fast gleicher Intensität sämtlicher Symptome, doch kürzerer Dauer; zuweilen erscheint ein neues Recidiv, bis definitive Heilung nach längerer Zeit erfolgt. Kein Alter und kein Stand wird verschont, Feuchtigkeit und Hitze begünstigen das epidemische Auftreten der mit der febris remittens nicht identischen Erkrankung.

Das verdienstvolle, auch jedem Dermatologen zu empfehlende Lehrbuch reiht sich in würdiger Weise den bedeutenden englischen Werken von Willan-Bateman, Tilbury Fox und Wilson an.

Bad Kreuznach-Hamburg. Dr. Lier.

C. Binz. **Vorlesungen über Pharmakologie.** Berlin, Aug. Hirschwald. 1884—1886.

Nie ist es zu spät, ein wirklich gutes Buch dem Leserkreise warm zu empfehlen. Möge der Autor dem Ref. die Verspätung dieser Besprechung verzeihen aus dem Grunde, weil ersterer es nicht nach flüchtigem Durchfliegen, sondern nach gründlicher Lektüre anzuzeigen wünschte. Erst eine Reise über den Ozean verschaffte ihm hierzu die erwünschte Mufse.

Wir sind in Deutschland nicht arm an guten Büchern, aus denen der praktische Arzt sich in therapeutischen Zweifeln und Nöten wissenschaftliche Belehrung und praktische Beruhigung holen kann. Aber wir hatten, ehe die Vorlesungen von Binz erschienen, kein Buch über den Gesamtinhalt der Pharmakologie, welches für alle Mediziner, vom Studenten bis zum selbständigen Forscher, eine so anregende und erfreuliche Lektüre bildete. Wird es doch der deutschen Gründlichkeit so schwer, sich über den trockenen Ton des Lehrbuches zu einer freien, mehr allgemein verständlichen und gültigen Behandlung des Stoffes aufzuschwingen, den nachschreibenden Kursisten mit dem intelligenten, denkenden Hörer zu vertauschen. In die Reihe dieser Musterwerke der deutschen medizinischen Litteratur, deren unerreichter Typus wohl stets der Torso von Virchows *Geschwülsten* bilden wird, sind die Vorlesungen von Binz neben denen von Billroth, Cohnheim, Hoppe-Seyler, Stricker und andrer Meister, welche zum Heile der Menschheit „des trocknen Tones“ endlich einmal satt wurden, eingetreten. Das Herabsteigen eines solchen geistigen Heerführers von dem hohen, eng begrenzten Piedestal der reinen, unangewandten und oft auch unanwendbaren Wissenschaft auf die breite Plattform der täglich uns umgebenden praktischen Wissenschaft bedeutet für seinen speziellen Zweig stets einen grofsen und wesentlichen Fortschritt, denn diese Werke tragen das Verständnis und die Begeisterung für denselben auf einmal in viel weitere Kreise. Sie regen nicht nur viele junge Kräfte zur Nachfolge an, sondern sie bilden auch das heilsame Band, welches der strebsame Praktiker zwischen

seinem Beobachtungskreise und den Lehrstätten und Laboratorien der Wissenschaft stets ersehnt und so häufig vermifst. Hier, auf den Tisch des wissenschaftlich denkenden, praktischen Arztes gehören die Vorlesungen von Binz vor allem hin.

Aber dieser äufseren Vorzüglichkeit des Buches steht ein innerer Vorzug gegenüber, welchen wir noch höher anschlagen; das ist jener Mangel an falscher Vornehmheit, welcher jedes Körnchen Wahrheit und Aufklärung aufliest, wo es zu finden ist, jene wahre Wissenschaftlichkeit, welche sich bei jedem Schritte der abgegrenzten Tragweite und der Fehlerquellen der angewandten Methode bewufst bleibt, genieſse dieselbe zur Zeit auch ein noch so hohes Ansehen in den Werkstätten der Wissenschaft. Wo wäre diese Umsicht und Bescheidenheit einerseits, diese Vorsicht und Selbstkritik anderseits auch so am Platze, als in der Pharmakologie, die aus den eisernen Banden eines rohen, aber kernhaften Empirismus erst seit kurzem sich unter den gröfsten Enttäuschungen und Mühsalen zu einer wissenschaftlichen Fundamentierung hindurchringt. Aber nirgends haben wir über die Methodik der pharmakologischen Wissenschaft ein so vorurteilfreies Urteil gelesen, wie in dem schönen Schlufskapitel des Binzschen Werkes, und demgemäfs in der That auch eine so ernstliche Mühe gefunden, aus empirischem Schutt leuchtendes Edelgestein zu fördern, uralte Rätsel praktischer Erfahrung mittels scharfsinnig erdachter Experimente zu lösen. Auf diese Seite der Pharmakologie kann heute nicht genug Wert gelegt und Mühe verwandt werden, sie wurde von der auf physiologischer Basis sich rasch erhebenden jungen Pharmakologie der letzten Jahrzehnte über Gebühr bei seite gesetzt.

Es ist hier nicht der Ort und käme sehr post festum, wollten wir auf einzelnes eingehen. Dafs diejenigen Themata, in welchen Binz selbst bahnbrechend arbeitete, so Chinin, Alkohol, Arsenik, Jod, Ozon, Kali chloricum, die Nitrite, die Narcotica unter den übrigen noch durch formelle und sachliche Vollendung ausgezeichnet sind, versteht sich von selbst. Auch unsre Spezialität erfährt durch die eingehenden Kapitel über Jodpräparate, Jodoform, Quecksilber und Arsenik eine vorzügliche Bereicherung, und kein Fachkollege wird dieselbe ohne Anregung und Nutzen aus der Hand legen. Aber gerade hier vermissen wir etwas, das auszusprechen wir uns um so weniger scheuen, als dieser Mangel nicht Schuld des Autors, sondern unsrer Zeit ist. Anstatt der Kapitel über fette Öle und Hautreizmittel, welche ein dürres Anhängsel an dem blühenden Stamm des Werkes und das einzig Tote in demselben darstellen, hätten wir ein allgemeines, klärendes Kapitel über Hauttherapie gewünscht, wie es allerdings noch nirgends existiert.

Seltsam genug ist es ja doch, wie genau wir über Schlafen und Wachen der Ganglienzellen, über den Streit antagonistischer Gifte im kleinsten Raume, über die pharmakologische Reaktion der Kapillare wie des ganzen Herzens bereits genau unterrichtet sind, während wir über die pharmakodynamische

Bedeutung der offen daliegenden Decke noch so wenig Positives wissen. Dem Geiste des ganzen Binzschen Werkes entspricht es, dafs auch dieses Kapitel der Empirie nicht vernachlässigt, sondern im Lichte heutiger pharmarkologischer Schulung vergeistigt werde. Möge unser Wunsch dazu führen, dafs diese Lücke von so sehr berufener Seite durch fruchtbare Untersuchungen ausgefüllt werde und in einer nächsten Auflage des verzüglichen Werkes bereits verschwinde.

Unna.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Über Alopecia areata und über die Veränderung der Haare bei derselben, von Dr. G. Behrend. (*Virchows Archiv.* Bd. 109.) Bei einem ganz typischen Fall von Alopecia areata bei einem 15 jährigen jungen Manne begann die Erkrankung in ziemlich akuter Weise gleich mit dem Auftreten gröfserer kahler Stellen und erst nach Verlauf mehrerer Tage nahm sie den chronischen Charakter an. Eine solche akute Entwickelung bei chronischem Verlauf kommt bei der Alopecia seltener vor, und sie ist in den dermatologischen Lehrbüchern wahrscheinlich deshalb unerwähnt geblieben, weil die Fälle gewöhnlich erst nach Tagen oder gar Wochen zur ärztlichen Beobachtung gelangen, nachdem der Haarausfall bereits spärlicher geworden und die begleitende Rötung der Haut geschwunden ist. Denn nach B.s Ansicht bilden die Rötung, welche er als ein zuweilen vorkommendes Initialsymptom betrachtet, und ebenso das Auftreten einer gröfseren Anzahl von Haarstümpfen, nur die Begleiterscheinungen einer akuten Entwickelung, während bei allmählichem Beginne die Rötung gänzlich fehlt und Haarstümpfe nur in geringer Zahl und zwar dann meist in der Randzone der Area vorkommen. Häufig aber sind sie nur ganz vereinzelt vorhanden, weshalb auch die Ansicht ausgesprochen wurde, dafs eine Brüchigkeit der Haare bei Alopecia areata überhaupt nicht vorkommt, sondern vielmehr ein pathognomonisches Symptom des Herpes tonsurans bilde. Bei der akuten Form will B. ebenfalls abgebrochene Haare gefunden haben. Nicht alle Haare in der Peripherie oder in der Mitte einer Area, welche locker in den Follikeln stecken und sich bei leisem Zuge aus denselben entfernen lassen, sind erkrankt, ein Teil derselben zeigt vielmehr die Veränderungen der physiologischen Senescenz, ein besenförmig aufgefasertes, nach der Mitte hin mehr oder weniger spitz zulaufendes Wurzelende mit lufterfüllten Spalten in seiner Substanz und von verhornten Wurzelscheidenfragmenten umgeben. Ferner findet man hier Haare, die für die Alopecie als charakteristisch betrachtet werden müssen, mit aufserordentlich verschieden gestalteten Wurzelenden, die bei ihrer

verschiedenartigen Konfiguration als gemeinsames Moment von pathologischer Bedeutung eine bis in die tiefsten Abschnitte hinabreichende Luftinfiltration aufweisen. Die Haarsubstanz kann dadurch vollkommen zerfasert erscheinen, und das Haar bricht an diesen Stellen ab und zwar, da diese Veränderung stets nur an der intrafollikulären Strecke stattfindet, dicht über der Oberfläche, weshalb es zum Auftreten kurzer Haarstümpfe führt. Mikroskopisch zeigt das Wurzelende eine Anzahl länglicher oder rundlicher dunkler Flecke, welche zerstreut die Haarsubstanz ihrer Länge nach durchziehen und welche sich als Lufträume erweisen. Das Wesentliche der hier vorliegenden pathologischen Veränderung ist nicht sowohl der Luftgehalt der Haare an sich als vielmehr sein Vorhandensein im Wurzelteile derselben, wo Luft unter normalen Verhältnissen niemals vorkommt und niemals vorkommen kann, ohne die Vitalität des Haares zu beeinträchtigen oder gänzlich zu vernichten. Aus diesem Grunde sieht B. die Ursache der Alopecia areata in einer Störung der Zirkulation und führt dieselbe auf irgend welche krankhaften Zustände im Gefäfsapparat zurück, wofür die plötzlich erscheinende zirkumskripte Rötung, welche zugleich mit der Lockerung der Haare an der nämlichen Stelle auftritt, spricht.

Das Verhalten der Mikroorganismen gegen Lanolin, von Dr. A. Gottstein. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 48.) Nach C. Fränkels Versuchen ist das fertige Lanolin ein vollständig keimfreier Stoff, ebenso wie das rohe Wollfett. Verf. hatte gelegentlich früherer Versuche Kulturen auf Lanolin anzulegen versucht und dabei den Eindruck erhalten, dafs das Lanolin nicht nur entsprechend der von Fränkel festgestellten Thatsache keine Keime enthält, sondern dafs es überhaupt für solche kein geeigneter Nährboden ist, dafs also das Lanolin an sich als ein gegen Mikroorganismen immuner Körper aufzufassen sei, nicht allein infolge der zu seiner Darstellung angewandten Verfahren, sondern auch auf Grund seiner chemischen Konstitution. Auf Liebreichs Anregung unternahm es Verf., die Frage nach dem Verhalten der Mikroorganismen zu Lanolin systematisch zu behandeln, d. h. also 1. das Verhalten bestimmter Arten gegenüber dem Lanolin unter verschiedenen Bedingungen, und 2. die Veränderungen dieses Fettes unter deren Einfluss zu untersuchen, und gelangte zu folgenden Resultaten:

1. Die bei der spontanen Zerlegung der Glycerinfette beteiligten Bakterien sind vermutlich unter den mehr oder weniger strengen Anaërobien zu suchen. Eine Reihe aërober Keime, sogar solcher, welche sonst bei der Fäulnis eine Rolle spielen, gehen direkt auf fetthaltigen Nährböden unter; doch ist die Zeit, bis zu welcher diese regressive Metamorphose beendet, abhängig von dem Mengenverhältnis von Fett und andersartiger Nährsubstanz.

2. Freistehendes Fett enthält einige Tage, nachdem es frei aufgestellt, Anaërobien, Lanolin unter gleichen Bedingungen weder aërobe noch anaërobe Keime.

3. Glycerinfette können durch Bakterien durchsetzt werden, so daſs diese durch das Fett hindurch in daruntergelegene infektionsfähige Substanzen zu gelangen vermögen. Lanolin wird von Bakterien nicht durch setzt; es vermag daher als Deckschicht infektionsfähige Substanzen vor der Zersetzung zu schützen.

Diese das Lanolin betreffenden Thatsachen gewähren sowohl nach der therapeutischen, wie biologischen Richtung Interesse. Was nämlich die Bedeutung für die Therapie betrifft, so geht aus den bisher vorliegenden klinischen Mitteilungen eine Übereinstimmung zwischen Theorie und Praxis im vorliegenden Falle hervor. In biologischer Beziehung hat Liebreich nachgewiesen, daſs die dem Lanolin chemisch gleichen Cholesterinfette ein normaler Bestandteil der menschlichen und tierischen Epidermis sind. Es ist nun sicher nicht gleichgültig, daſs unter normalen Verhältnissen der Haut die wichtigste Schutzdecke gegen die äuſsere Infektion eine Substanz enthält, welche, selbst unzersetzlich durch Bakterien, auch für solche undurchlässig ist. Wenn diese Substanz auch nicht der einzige Grund sein wird, so erscheint es jedenfalls nicht unwesentlich, die Aufmerksamkeit darauf zu lenken.

Mitteilungen aus der Praxis, von Dr. Klamann. (*Allg. Med. Central-Zeitg.* No. 99.) Eine Beobachtung K.s zeigte, daſs Kreolin ein gutes Mittel gegen Hautjucken ist. Ein Hutfabrikant, welcher den Tag über sich viel in warmen und mit Dampf erfüllten Räumen aufhalten muſs, klagte über heftigen Juckreiz der Haut, der besonders nachts ihn am meisten peinigte. Ichthyol- und Karboleinreibungen waren ohne Erfolg, dagegen wurde der Juckreiz nach Einreibungen mit Kreolinseife und darauf folgender Bedeckung mit Guttaperchataffet allmählich geringer und lieſs nach einigen Wochen gänzlich nach.

Polysolve, d. i. ein Sulfoleinat, hat K. in einem Falle von Pityriasis versisolor in den Inguinalgegenden und am Perineum, wo andre Mittel im Stiche lieſsen, mit Erfolg angewandt. Dieses Öl hat den Vorzug, daſs es wenig bemerkbaren Geruch an sich hat und sich gut mischen läſst, sogar mit Wasser.

Über die Elektrotherapie der Spermatorrhöe, von Dr. Richard Wagner. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 51.) Nach den bei mehreren mitgeteilten Fällen gemachten Beobachtungen stellt W. die Behauptung auf, daſs zunächst der faradische Strom in allen den Fällen von Spermatorrhöe in Anwendung zu bringen ist, deren Entstehung auf sexuelle Exzesse, besonders auf Onanie, in zweiter Linie auf unmäſsige Ausübung des Coitus zurückzuführen ist. Hierhin sind auch die Fälle von Spermatorrhöe zu rechnen, bei denen ein positives ätiologisches Moment nicht zu eruieren, sondern vielmehr eine allgemeine reizbare Schwäche als solches angesprochen werden muſs. Eine lokale Anwendung des galvanischen Stromes wäre wohl in diesen Fällen schon aus dem Grunde kontraindiziert, weil es sich

dabei entschieden nicht um lokale Entzündungserscheinungen handelt, sondern vielmehr um eine durch die grofsen Erregungen des Gesamtnervensystems herbeigeführte Rückwirkung auf das Zentralnervensystem. Bei allen den Formen von Spermatorrhöe jedoch, bei denen es sich um einen von der Pars prostatica urethrae auf die Ductus ejaculatorii fortgeleiteten Entzündungsprozefs handelt, besonders also bei den auf gonorrhoischer Basis beruhenden Fällen, bei der Defäkations- und Miktionsspermatorrhöe ist einzig und allein von einer lokalen Anwendung des galvanischen Stromes ein Erfolg zu erhoffen. Am meisten ist in diesen Fällen die Art der Applikation zu empfehlen, dafs nach den Vorschriften Erbs die Anode auf die Gegend der Lendenwirbelsäule, die Kathode auf den Damm längs des Samenstranges aufgesesetzt wird. Die Einführung der Kathode mittels einer sondenförmigen Elektrode (Elektrodenkatheter) in die Harnröhre hält W. mindestens für bedenklich wegen der dabei unvermeidlichen reizenden Nebenerscheinungen, zumal die Therapie darauf gerichtet sein mufs, verhältnismäfsig starke Ströme in Anwendung zu bringen. Eine Einführung der Kathode in den Mastdarm ist gänzlich von der Hand zu weisen. Nebenbei wird man das ätiologische Moment zu beseitigen versuchen; so wird man, wenn es sich um eine auf allgemeine reizbare Schwäche, verbunden mit Blutarmut basierende Spermatorrhöe handelt, zunächst gegen diese eine allgemeine symptomatische Therapie einleiten, handelt es sich um sexuelle Exzesse, um Onanie oder übermäfsige Ausübung des Coitus als ätiologische Momente, gegen diese Übel energisch steuern, oder ist endlich eine bestehende Gonorrhöe als Basis nachweisbar, zunächst natürlich eine spezielle Behandlung der Gonorrhöe in Angriff nehmen. Erst wenn diese Momente nach Möglichkeit gehoben sind, kann von einer erfolgreichen elektrischen Therapie die Rede sein.

Tripperbehandlung mittels Spülkathetern, von Dr. Groeningen in Köln. (Ebendas.) Der von G. angegebene Katheter soll nach dem Prinzip des Fritsch-Bozemanschen Uteruskatheters konstruiert sein und vor dem Zülzerschen Apparat den Vorzug verdienen. Derselbe trägt an seinen beiden Enden olivenförmige Anschwellungen und zwar an dem einen Ende eine festaufsitzende zum Überstreifen des mit dem Irrigator verbundenen Schlauches, und an dem andren eine endständige von mehr eichelförmiger Gestalt. Letztere ist mit dem Katheterrohr durch ein Schraubengewinde verbunden und hat an zwei gegenüberliegenden Stellen ihrer Basis neben dem Kanal des Schraubengangs je eine Öffnung. derart, dafs ein den Katheter durchlaufender Flüssigkeitsstrom aus diesen Öffnungen in rückläufiger Richtung hervordringt. Die Einführung des an der Endolive mit Vaselin oder Glycerin bestrichenen Instruments ist nicht schmerzhafter als die Handhabung der Trippersprize. Bei empfindlicher Harnröhre empfiehlt es sich, während des vorsichtigen Einführens den Stellhahn des Irrigators zu öffnen und gleichzeitig einen Strom kalten, auch eiskalten Wassers oder der betreffenden Lösung durchlaufen zu lassen, oder vorher Kokain anzuwenden.

G. hat drei- bis viermal am Tage 1 bis 2 Liter Flüssigkeit durchlaufen lassen.

Über gonorrhoische Mischinfektion beim Weibe, von Dr. E. Bumm. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 49.) Unter Mischinfektion versteht man das Eindringen zweier oder auch mehrerer Bakterienarten in den Organismus; so kann der Gonokokkus durch sein Wachstum auf der Schleimhaut des weiblichen Genitaltraktus sein Substrat so verändern, daſs andre Pilze, welche für gewöhnlich dort unschädlich verweilen oder durch die Eiterung begünstigt aus der Luft sich ansiedeln, ins Gewebe Eingang finden und nun ihrerseits eine spezifische Wirkung entfalten, welche von jener des Gonokokkus durchaus verschieden ist. In recht eklatanter Weise zeigt sich dies bei der gonorrhoischen Infektion der Vulvovaginaldrüsen; so lange weiter nichts dazu kommt, gestaltet sich der Verlauf hier ebenso wie an andern Stellen, d. h. dem akut eiterigen Stadium folgt ein chronisches, schleimiges, das dann Monate lang anhalten kann. Allmählich versiegt die Sekretion, und unter teilweiser Verödung der Drüse tritt schlieſslich Heilung ein. Finden nun im Verlaufe der Blenorrhöe pyogene Mikroorganismen ihren Weg in das Innere der Drüse, so wird der vorher nur mäſsig empfindliche Drüsenkörper mit einem male schmerzhaft, schwillt an, die Haut darüber rötet sich, und bald ist das Bild der abscedierenden Bartholinitis fertig. Bei der Untersuchung findet man keine Gonokokken mehr, sondern nur noch pyogene Staphylokokken. Es brauchen aber nicht immer pyogene Mikroorganismen zu sein, welche gelegentlich der Tripperinfektion in das Innere der Bartholinischen Drüsen gelangen, sondern es können auch Keime einwandern, die keine pathogenen Eigenschaften besitzen. Sie wuchern von der Vulva aus in den kapillaren Eiterfaden, der den Ausführungsgang erfüllt, allmählich nach oben, vermehren sich und rufen eine Zersetzung des Drüseninhalts hervor. So entstehen in der Drüse Cystenbildungen, die mit einem säuerlich riechenden, serösen Eiter gefüllt sind, die Bakterien in Reinkultur enthalten und sich von den akut eiterigen Prozessen durch das Fehlen von Schmerzhaftigkeit und jeglicher Tendenz zur Abscedierung auf den ersten Blick unterscheiden. Ganz ähnlichen Verhältnissen begegnet man an den Schleimfollikeln der weiblichen Harnröhre.

Eine zweite Form gonorrhoischer Mischinfektion ist die gonorrhoische Cystitis, indem B. als Erreger des Katarrhs eine besondere Art von Kokken nachweisen konnte, welche zwar mit den Gonokokken weitgehende Ähnlichkeit besitzen, sich aber durch ihr mikrochemisches Verhalten sicher unterscheiden. Bei dem Genitaltraktus findet man nebenbei para- und perimetritische Prozesse; der Gonokokkus besitzt aber nicht die Fähigkeit in die Tiefe der Gewebe einzudringen, seine Domaine sind ausschlieſslich die obersten Schichten der Schleimhaut. Daher sind andre pyogene Mikroorganismen die Ursache, die an der gonorrhoisch infizierten und vielfach erodierten Cervikalschleimhaut Eingang finden. Auch der Tuberkelbacillus

kann in die Tuben auf diese Weise gelangen und so zu einer Tuberkulose der Tuben führen. Bei den im Verlaufe der Tripperansteckung auftretenden Gelenkentzündungen handelt es sich ebenfalls um pyogene Kokken; demnach beruht die Arthritis ebenfalls auf Mischinfektion.

Über den therapeutischen Wert des Solvins, von Prof. E. KOBERT in Dorpat. (*Therap. Monatsh.* No. 12.) Das Solvin, in England Polysolve, auch Sulfoleïnat genannt, übertrifft als Salbengrundsubstanz alle bis jetzt bekannten Stoffe, und scheint darin der mit Natron oder Ammoniak neutralisierte saure Schwefeläther der Ricinolsäure das Wirksame zu sein. Das vom Verf. benutzte Solvin stellt eine klare, gelbliche Flüssigkeit dar von öliger Konsistenz. In Wasser und Alkohol soll es in allen Verhältnissen löslich sein, doch fand K., dafs bei etwas stärkerer Verdünnung mit Wasser als im Verhältnis von 1 : 2 die Lösung opaleszent, ja bei sehr starker ganz aufgehoben wird. Mit Äther, Chloroform, Schwefelkohlenstoff, Benzol, Terpentinöl und andern ätherischen Ölen, mit Petroleum und andern Kohlenwasserstoffen ist es zu klaren Flüssigkeiten mischbar, die sich in Wasser, je nach der Menge der inkorporierten Substanz, fast klar oder emulsionartig lösen. Je weniger Wasser man anwendet, desto vollkommener ist die Emulsion. Von Schwefel werden beim Kochen 6—7 % aufgenommen, wovon beim Erkalten etwa 5 % wieder auskristallisieren. Jodoform, Naphtalin, Naphtol, Salicylsäure, Naphtalol, Salol, Anthracen, Alizarin, Chrysophansäure, Chysarobin, Indigo, Kantharidin, Santonin, Aloin, Pikrotoxin, Digitalin, Digitoxin, Asa foetida, Kampfer etc., kurz die unlöslichsten organischen Körper werden beim Erwärmen bis zu einem gewissen Grade gelöst und bleiben meistenteils auch nach dem Abkühlen in Lösung. Mit Glycerin ist das Solvin in allen Verhältnissen mischbar, ebenso mit allen in Glycerin gelösten Körpern. Die alkoholischen Lösungen von Jod und Brom werden vom Solvin bis zu einem gewissen Grade entfärbt, indem Additionsprodukte der Ölsäurereihe dabei entstehen. Ein Überschufs von Jodtinktur ruft bleibende Braunfärbung hervor. Sämtliche unlösliche Erdalkali- und Metallsalze des Ricinolschwefelsäureäthers sind in einem Überschufs von Solvin löslich. Ebenso lösen sich darin alle Oleate der Metalle, also z. B. das so viel benutzte Quecksilberoleat. Die Löslichkeit der Alkaloide im Solvin ist eine beträchtliche. In bezug auf Benetzbarkeit und Imbibitionsfähigkeit stehen die Mischungen von Solvin mit Wasser den Seifen weit voran. Sie gehen sehr leicht und ohne Zersetzung durch tierische und pflanzliche Membranen hindurch und vergröfsern noch dabei gleichzeitig die Diffusionsfähigkeit der in ihnen gelösten Stoffe. Läfst man eine dünne Lösung von Solvin gegen eine Eiweifslösung diffundieren, so wandern beträchtlichere Mengen von Eiweifs durch die Membran, als z. B. gegen Wasser. Nach diesen Eigenschaften des Solvins zögert KIRCHMANN nicht, es als ganz reizlosen, vorzüglichen Zusatz für äufserliche Medikamente, ja selbst als Klystiere zu empfehlen. Bei Versuchen an Tieren hat K. jedoch gefunden, dafs das Solvin eine schwere Allgemeinvergiftung ver-

anlafst und dafs es deshalb nur mit grofser Vorsicht in die Praxis wird eingeführt werden können.

Syphilis und Karzinom, von Prof. Dr. DOUTRELEPONT. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 47.) Syphilis und Karzinom bieten häufig in differential-diagnotischer Beziehung sehr grofse Schwierigkeiten, so besonders an der Zunge, den Lippen, dem Mastdarme und an den Geschlechtsteilen. Diese Schwierigkeiten der Diagnose wachsen noch, wenn beide Krankheiten kombiniert vorkommen, so können Gummata der Zunge krebsig degenerieren. Verf. veröffentlicht 3 hierher gehörige Fälle, die er in der letzten Zeit zu beobachten Gelegenheit gehabt hatte; der erste Fall betraf eine 30jährige Patientin, die zuerst an einem Abscefs der Bartholinischen Drüse gelitten zu haben schien; in der Narbe entwickelte sich durch syphilitische Infektion eine Induration, in der schliefslich Karzinom entstand. Sie starb im 34. Jahre. Der zweite Fall betraf einen 59jährigen Patienten, bei dem die Diagnose viel Schwierigkeiten bot. Er hatte ein Geschwür auf der rechten Backe, das wie Karcinom aussah, doch konnte es auch für ein zerfallenes Gumma des subkutanen Bindegewebes gehalten werden und dies umsomehr, als bei der noch bestehenden Ozaena die Narben auf beiden Wangen auf ähnliche früher bestandene und nunmehr vernarbte Prozesse hindeuteten. Affektionen am Gaumen konnten nicht als Karcinom aufgefafst werden, wohl aber als syphilitische Veränderungen. Um die Diagnose festzustellen, bekam Patient Jodkali in steigender Dosis; es wurden auf das Geschwür 1‰ Sublimatumschläge gemacht und Gargarismen von Kali chloricum angewandt. Nach 10 Tagen war eine Besserung der Symptome nachweisbar; die Knoten des Gaumens flachten sich ab und verloren an Röte; auch an Nase und Oberlippe verminderten sich Hyperämie und Anschwellung; dabei wurde das Geschwür auf der Wange zusehends kleiner. Um diese Besserung zu beschleunigen, wurde noch eine ganze Spitze Ol. cinereum gegeben. In der That verkleinerte sich das Geschwür immer mehr, der untere Rand fing an zu vernarben, die wuchernden Massen im Grunde des Geschwürs waren fast verschwunden, die Infiltration der Ränder liefs nach. Nach 14 Tagen jedoch wurden, weil die Heilung keine Fortschritte machte, und der Grund des Ulcus wieder zu wuchern anfing, die wuchernden Massen ausgelöffelt und mit Paquelin kauterisiert. Die mikroskopische Untersuchung der hierbei gewonnenen Massen ergab eine sehr reichliche kleinzellige Infiltration, die bis an die freie Fläche reichte, so dafs das Epithel an der Oberfläche fehlte. Diese kleinzellige Infiltration war jedoch durchsetzt von Epithelhaufen und Zügen in den verschiedensten Formen, so dafs also kein Zweifel war, dafs man es thatsächlich mit einem syphilitischen Infiltrate zu thun hatte, in dem eine atypische Epithelwucherung entstanden war. — Bei dem dritten 49jährigen Patienten wurde die Diagnose auf ein Ulcus rodens an der linken Wange auf syphilitischem Boden gestellt. Die mikroskopische Untersuchung eines an der Grenze des Geschwürs exstirpierten Stückes ergab Karcinom mit starker kleinzelliger Infiltration der Umgebung. Ob

dieses Ulcus rodens aus einem syphilitischen, recidivierenden Gumma, oder nur aus den alten, von Syphilis herstammenden Narben sich entwickelt hatte, liefs sich nicht eruieren.

Über Tracheal- und Schilddrüsen-Syphilis, von Dr. Eugen Fraenkel. (Ebenda No. 48.) Wie im Larynx, so beginnt auch in der Trachea die tertiäre syphilitische Erkrankung mit der Entwickelung von gummösen Einlagerungen, welche sich teils als diskrete, gegen das Luftröhrenlumen prominierende Geschwülste darstellen, teils unter der Form diffuser Infiltrationen auftreten und durch Erweichung, Zerfall, Ulcerationsbildung und schliefsliche Vernarbung zu jenen gefürchteten Strikturen Anlafs geben. Indessen nicht immer nimmt die gummöse Luftröhrenerkrankung diesen verhängnisvollen Ausgang, und namentlich in denjenigen Fällen, wo eine energische antisyphilitische Behandlung eingeleitet worden ist, ist es gelungen, selbst dann, wenn bereits ausgesprochene Stenosenerscheinungen von seiten der Luftröhre bestanden haben, Heilung zu erzielen. Aber auch ohne eine solche therapeutische Einwirkung auf diese Zustände kommt es unter ihrem Einfluſs nicht regelmäfsig zur Strikturbildung in der Luftröhre, die Trachea verliert freilich an Elastizität, die Knorpel werden unnachgiebig, auf der Schleimhaut sieht man strahlige Narben an verschiedenen Stellen, aber eine wesentliche Beeinträchtigung des Tracheallumens ist nicht herbeigeführt worden. Es erklärt sich das zweifellos aus dem Umstande, daſs die gummöse Infiltration nicht in allen Fällen gleich tief ist und bald die ganze Dicke der Luftröhrenwand, bald nur die Submucosa betrifft. In Fällen der letzteren Art verläuft der Prozefs ganz symptomlos, und man wird bei Autopsien durch die In- und Extensität der in der Luftröhre vorhandenen Veränderungen überrascht.

1. Die gummöse Schilddrüsenerkrankung kommt sowohl bei der hereditären als acquirierten Form der Syphilis jedenfalls nur selten vor, scheint jedoch bei der ersteren etwas häufiger als bei der letzteren angetroffen zu werden. 2. Die Gummata der Schilddrüse kommen nach den übereinstimmenden Beobachtungen von Birch-Hirschfeld, Demme und dem Verf., wie es scheint, nur gleichzeitig mit visceraler Syphilis vor. 3. Sie treten teils als kleinere Geschwülste, teils als gröfsere Knoten auf und sind, wie die Gummate in andern Organen, nicht kapselartig begrenzt, sondern diffus in die Umgebung übergehend. 4. In bezug auf ihren histologischen Bau unterscheiden sie sich von dem gummösen Produkte in andern Organen nicht. 5. Ob gummöse Erkrankungen der Thyreoidea klinisch in die Erscheinung treten können, ist auf Grund des bisher darüber Bekannten nicht zu entscheiden.

Berlin. L. Hoffmann.

Österreich.

Syphilis und Trauma betitelt EMERICH THOMAN in Wien einen Aufsatz in Nr. 34 der *Allg. Wiener Med. Ztg.* 1887. Der Fall eines 24jährigen Mannes, der seit 12 Jahren eine Nekrose, angeblich traumatischen Ursprungs, am rechten Oberarme darbot und daneben ulcera cruris serpiginosa ex lue (wann? Infektion vergifst der Autor zu sagen! Kein Verdacht auf Lues hereditaria tarda?) hatte, dieser Fall gibt dem Autor an der Hand der Litteratur Veranlassung, „mit Bestimmtheit wiederholt sagen zu können, dafs frisch gesetzte Wunden bei Syphilitischen, selbst bei florider sec.-Syphilis, schön und rasch heilen, wie bei andern nicht syphilitischen Individuen." —

Die Wesenheit des Syphiliskontagiums, von v. ZEISSL, betitelt sich ein Aufsatz in No. 32, 33, 34. 1887 der *Allg. W. Med. Ztg.*, der aus der in Vorbereitung begriffenen 5. Aufl. des bekannten Lehrbuchs entnommen ist. LUSTGARTENS Bacillen hat Z. nie gefunden. Sein Urteil ist dem WEICHSELBAUMS (*Klin. Zt. u. Streitfragen.* I. 1887. pag. 30) gleichlautend: die Frage, ob die L'schen Bacillen die Ursache der Syphilis seien, bleibt vorläufig noch unbeantwortet. Z. hält die syph. Initialsklerose für den lokalen Ausdruck der syph. allgem. Erkrankung entgegen AUSPITZ und BÄUMLER etc. Seine Beweisführung ist kurz und klar, die herangezogene Litteratur übersichtlich verwertet. Eine philologische Notiz zum Schlufs: Es wird stets — auch gedruckt — falsch bleiben, wenn v. Z. sagt: WEIL und BIESIADECKI bestritten diese Ansicht und legte KÖBNER .... dar, dafs die LOSTORFERschen Körperchen .... Diese Inversio des Subjektes, so beliebt sie ist, kann vor keinem philologischen Gewissen bestehen, auch nicht vor dem v. ZEISSLschen.

ULLMANN. **Über durch Füllung erzeugte Blasenrupturen.** (*Wr. med. Wochenschr.* Nr. 23, 24, 25. 1887.) Aus d. chirurg. Klinik d. Professor ALBERT. Die Gefahr, beim hohen Blasenschnitt das Peritoneum operativ zu verletzen, kann völlig beseitigt werden dadurch, dafs man sowohl Rectum als auch die Blase anfüllt und so die letztere hoch hinaufdrängt. Dies von PETERSEN ersonnene Verfahren ist vielfach mit Erfolg nachgemacht worden. Dennoch ist dasselbe nicht gefahrlos und mehrere tödlich verlaufene Fälle von Blasenruptur infolge der forcierten Füllung dieses Organs sind bereits zu beklagen. ULLMANN stellt die auf diese Weise zu wege gebrachten Blasenrupturen und eine Rektalruptur mit tödl. Ausgange zusammen. Letztere war von CODGE in Norwich beobachtet worden. Die Blasenrupturen werden berichtet von WEINLECHNER bei einem fünfjährigen Knaben, v. MONAD bei einem 28jährigen Manne (blieb am Leben), v. VERNEUIL (ohne Angabe des Alters und des Erfolges), von PERIER (Heilung), v. DITTEL bei einem fünfjährigen Knaben (Tod), von GUYON bei einem 22jährigen Manne (Tod), v. WEINLECHNER bei einem 67jährigen (Tod).

Diesen Fällen fügt Verfasser noch 2 selbst auf Prof. Alberts Klinik beobachtete bei.

Der erste betraf eine 53jährige Frau. Es handelte sich bei dieser um Herausbeförderung eines 3 cm im Durchmesser grofsen Steins. Mit grofser Mühe wurden 180 ccm Flüssigkeit eingespritzt. Nach Kompression der Urethra konnte man gröfsere Mengen einspritzen. Der Stein war schwer zu erreichen. Nach Zerbröckelung gelingt es einige Partikelchen herauszubefördern. Plötzlich wird durch Evakuator nichts mehr aspiriert. Durch den eingeführten Finger werden viele Trümmer und eine Ruptur konstatiert. Man schreitet zur Drainage des cavum prävesiculare, in welches durch das Blasenloch Steinfragmente hineingeraten sind. In die Blase kommt ein Dauerkatheter. Stündliche Irrigation mit Salicylwasser. Das durch den Katheter eingespritzte Wasser fliefst durch die Drainage der Bauchwunde heraus. Fast fieberloser Verlauf. Nur an einem Tage Erbrechen, Schmerzen u. 38,6 °. Nach 6 wöchentlicher Behandlung Weglassen des Katheters. Nach weiteren 8 Tagen Entlassung der Patientin. Wiederholt flossen Steinpartikeln aus der Bauchwunde.

Der zweite Fall betrifft einen 25jährigen Bauer. Grofse Beschwerden infolge eines 8—9 cm Durchmesser betragenden Steines. Er wird ohne Mühe zerdrückt, aber der Evakuator vermag nur wenig Partikelchen herauszubefördern. Plötzlich wird Blut aspiriert und bei Abnahme des Evakuators fliefst keine Flüssigkeit heraus. Die Blasenruptur wird diagnostiziert und sofort die sectio alta gemacht. Nach Eröffnung der Blase wird durch die Ruptur der Finger bis zur Mitte des lig. Poupartii durchgeführt, daselbst eine Kontrainzision gemacht und ein Drainrohr durchgeführt, ein zweites wird durch den Schnitt in der linea alba bis in die Blase geführt und ein drittes ebendaselbst bis in das cavum praevesiculare gelegt. Am nächsten Morgen 38,5 °. Von da ab afebriler, reaktionsloser Verlauf. Nach vier Wochen uriniert Patient durch die Urethra. 14 Tage später wieder geheilt entlassen.

In beiden Fällen erfolgte die Ruptur in einem Momente, da der Lithotriptor heraus genommen war. Eine Verletzung durch diesen ist also ausgeschlossen.

Die Rupturen der Blase werden von Bartels auf drei Ursachen zurückgeführt. 1. Aufprallen des Kranken gegen einen festen Körper. 2. Anprallen eines Gegenstandes gegen das Abdomen. 3. Grobe Quetschungen. Die obenerwähnten Fälle passen nicht in dies Schema, und Verf. hat daher an der Leiche diesbezügliche Versuche angestellt.

Gleichzeitig hatte Dittel Versuche mit Luftinjektionen angestellt und kam zu folgenden Resultaten: 1. Die zu forcierten Lufteintreibungen führen fast ausnahmlos zur Ruptur der hintern Blasenwand, während in der Hälfte der Fälle das Wasser eine intraperitoneale Ruptur erzeugt. 2. In manchen Fällen wird selbst durch relativ geringe Mengen Flüssigkeit eine Ruptur zu wege gebracht, selbst bei Mengen, die nicht genügen, um die Blase zu

heben. 3. Divertikel, Schwellungen der Mucosa, Narben disponieren ganz besonders zu Rupturen.

Ullmann kam auf Grund von Leichenexperimenten zu folgenden Resultaten:

1. Bei einer Blase mit einer katarrhalischen Mucosa (kleinzellige Infiltration und körnige Degeneration der Muscularis) und im zweiten Falle bei fettiger Degeneration des Muscularis rupturierte die Blase bei relativ geringen Mengen (540 u. 360 ccm).

2. Andre Blasen ertragen enorme Mengen von Flüssigkeit, 2070 ccm, und erst bei 5000 ccm Ruptur.

3. Die Blase platzt an den verschiedensten Stellen. Wird jedoch das Rectum vorher gefüllt, so platzt sie meist intraperitoneal (an der hintern Wand).

4. Die Risse verlaufen meist linear, der Sagittalaxe entsprechend, seltener schief, noch seltener quer (bei extraperitonealer Ruptur). Lochförmige Ruptur nur einmal beobachtet.

5. Zuerst platzt die Mucosa, dann die Muscularis, zuletzt das Peritoneum.

6. Sehr selten platzt die Blase an 2 Stellen.

7. Die Rupturen verhalten sich in gleicher Weise bei eröffnetem und nichteröffnetem Abdomen. Beim Auftreiben des Rectum platzt häufiger die vordere Wand nach Eröffnung des Abdomen.

8. Divertikelbildungen, disponieren zu frühzeitigen Rupturen.

9. Das Peritoneum reifst am weitesten, die Intima am wenigsten.

Verfasser vergleicht nun seine experimentellen Resultate mit denen Falks, Dittels und der statistischen Analyse Bartels und findet, dafs alle drei Forscher ziemlich übereinstimmende Resultate erhalten. (Die Unterschiede sind leicht zu erklären.)

Was die Prognose der Blasenruptur anbelangt, so richtet sie sich danach, ob die Ruptur intraperitoneal oder extraperitoneal ist. Von 7 extraperitonealen Rupturen sind 4 am Leben geblieben. Bei den 8 mitgeteilten Fällen war 4 mal Heilung, 4 mal Tod, unter den Gestorbenen eine einzige an intraperitonealer Ruptur.

Nach Bartels beträgt die Mortalität bei extraperitonealen Rupturen 73%. Von 74 intraperitonealen kam nur einer durch, 73 starben.

Nach Rivingtons Arbeit starben von 88 extraperitonealen Rupturen 18, von 129 intraperitonealen 128.

Nach einer weiteren vom Verfasser gemachten Zusammenstellung ergeben sich 94 extraperitoneale Rupturen mit 20 Heilungen und 148 intraperitoneale mit 2 Heilungen.

Von therapeutischen Mafsnahmen zählt Verfasser auf: 1. die permanente Kathetrisation. 2. Die Ausspülung der in die Blase eingeführten Katheter. 3. Punktion des Douglas. 4. Paracentesis abdominis. 5. Medianschnitt. 6. Seitenschnitt. 7. Laparotomie.

Der Verfasser entscheidet sich bei extraperitonealen Rupturen, und wie wir glauben mit vollem Rechte, für die Inzision der Regio suprapubica. Auf die Blasennaht legt er nur geringen Wert. Sehr wichtig ist eine genügende Drainage. Bei intraperitonealen Rupturen soll man sofort zur Laparotomie, Blasenvernähung, Drainage der Peritonealhöhle schreiten.

Wir glaubten diese vorzügliche Arbeit ausführlich referieren zu müssen, vermissen jedoch die Erwähnung jener Mafsregeln, die zur Verminderung der Blasenrupturen führen. Sollten dieselben nicht bedeutend reduziert werden, wenn man statt der Spritze sich des Irrigators bedient? Auch die Drainage des Bauchfells, die man bei andern Bauchoperationen meist verlassen hat, dürfte mindestens als überflüssig erscheinen, während die Ableitung des Urins aus der Blase durch ein Drainrohr selbstversändlich unvermeidlich ist.

z. Z. München. PAULY.

England.

A. BOWLBY, **Lectures on injuries of the nerves**; delivered at the Roy. Coll. of Surgeons. (*The Lancet.* 1887. Vol. I. pag. 863 — Vol. II. pag. 99.) Aus der sehr umfangreichen Arbeit, welche im übrigen mehr von neuropathologischen Interesse ist, wäre hervorzuheben, dafs Verf. in einem Falle von „Glossy-skin" entsprechend der Haarlosigkeit auch mikroskopisch eine Degeneration der Haarfollikel fand.

Berlin. JOSEPH.

Frankreich.

Annales de Dermatologie et de Syphilographie. Band VIII. Heft 1—6.

Heft I. 1. Originalabhandlungen.

Tertiäre Haut- und Unterhautsyphilis der Harn- und Geschlechtsorgane, von CHARLES MAURIAC. Die tertiäre Syphilis des Uro-Genital-Apparates kann an drei verschiedenen Stellen zum Ausbruch kommen: auf der Haut und dem Unterhautzellgewebe der äufseren Teile; in den Nieren; beim Manne auch in den Hoden. Die syphilitischen Ovarialerkrankungen sind selten und ungefährlich. Da zwischen diesen verschiedenen Herden gar keine Beziehung besteht, da der eine Teil erkrankt sein kann, während die beiden andern gesund sind, so müssen sie auch abgesondert behandelt werden.

Die tertiär-syphilitische Erkrankung der äufseren Bedeckungen der Harn- und Geschlechtsorgane besteht häufig in einer Ulceration, welche vollkommen einen primären Schanker vortäuscht und zu schweren diagnostischen Irrtümern Anlafs gibt. M. unterscheidet 2 Formen derselben. In der ersten, der pustulös-ulcerösen Form, hat das Syphilom keinen em-

plastischen Charakter, er sitzt meistens in der Scheide oder auf dem Hodensack und hat grofse Neigung, phagedänisch zu werden. Die Diagnose ist selbst bei sonstigen deutlichen Symptomen der Syphilis nicht leicht; Gewifsheit erlangt man nur durch die Impfung. — Die zweite Form, die tuberkulös-gummöse ist viel mannigfaltiger; sie ist neoplastischer Natur, kommt namentlich an der Vorhaut vor. — Die Frage, ob das Syphilom der Genitalien ansteckend sei, ist noch unentschieden. In der Praxis müsse man immer von dieser Annahme ausgehen. Jedoch neigt Verfasser zur Ansicht, dafs nach langjährigem Bestand der Syphilis das Syphilom nicht mehr kontagiös wirke. — 26 Krankengeschichten sind der Abhandlung beigegeben.

Über einen Fall von Lichen ruber, von H. Desirde Fortunet. Sehr ausführliche Schilderung eines Falles von einfachen Lichen ruber bei einer 30jährigen Dame, der nach Arsenbehandlung schnell schwand. Verf. warnt zum Schlufs vor einer Verwechslung mit Syphilis, da eine antiluetische Behandlung hier grofsen Schaden anrichten könnte.

Untersuchungen über einige entzündliche und emplastische Hauterkrankungen. Ein Beitrag zur Physio-Pathologie des Epithels, von Dr. Sébastien Giovannini. (*Archivio delle scienze mediche.* X. No. 16. Turin.) Diese Abhandlung ist ein Referat (Ref. Barbavara) aus dem genannten italienischen Archiv, mit 45, dem Referat beigegebenen Abbildungen.

G. hat die Haut in drei verschiedenen Stadien untersucht: im Stadium der Reizung, der Heilung und dem des Neoplasma. In allen diesen Fällen stammen die zahlreichen neugebildeten Zellen von präexistierenden Epithelzellen ab. Sie entstehen aus ihnen durch Teilung (scission indirecte). Der Unterschied, der zwischen den Epithelzellen während der Ruhe oder auf dem Wege zur Teilung einerseits und zwischen den weifsen Blutkörperchen anderseits besteht, sowie auch das verschiedene Schicksal, dem sie im Epithelialgewebe anheimfallen, läfst diese Elemente leicht voneinander halten. — Die Haut reagiert verschieden, je nach der Stärke des Reizes. Bei schwächeren Reizen beschränkt sich die entzündliche Reaktion auf das lockere perivaskuläre Bindegewebe, während die Reaktion des straffen Bindegewebes der Haut erst nach stärkeren Reizen erfolgt.

2. Kasuistik. Herpes exfoliativus malignus nach einer Psoriasis, von Paul Raymond.

Syphilitische Ansteckung bei einem Mann, von der Brustwarze ausgehend, von Dr. Hérard. Am 16. Nov. 1885 hatte sich ein 63-jähriger Mann die Brust und das Glied von einer ihm unbekannten Frau mit der Zunge berühren lassen. Anfang Dezember ein ulc. durum an der linken Brustwarze. Anfangs Januar 1886 Roseola und papulöser Ausschlag.

Heft II. 1. Originalabhandlungen.

Über die Wirkung des Akonitins bei Cephalaea syphilitischen

Ursprungs, von Ch. Leroy. Das Akonitin (in Pillen zu 0,0005; tägl. 2 Pillen) hat sich gegen Kopfschmerz im zweiten Stadium der Syphilis sehr gut bewährt. Die Schmerzen schwanden infolge dieser Behandlung nach 6—8 Tagen. Verf. empfiehlt es namentlich bei solcher Cephalaea, die mit Kopfkongestionen verbunden ist, wo angeblich das Jodkali nicht gut vertragen wird. — Bei Kopfschmerzen jedoch, die infolge syphilitischer Hirnerkrankung entstehen, blieb es erfolglos; es schien sogar die Schmerzen eher zu verschlimmern. L. regt zum Schlufs die Frage an, ob man nicht diese verschiedene Wirkungsweise des Akonitins zur Differentialdiagnose zwischen einfacher Cephalaea und Kopfschmerz infolge Organerkrankung verwerten könne.

2. Kasuistik. Fall von allgemeinem, recidivierendem Erythema scarlatiforme, von Rotillon et Gougelet. — Ein Fall von Lepra (Wahrscheinliche Ansteckung), von Ed. Kaurin.

Heft III. 1. Originalabhandlungen.

Über die Entwickelung des Epithelioms aus unvernarbtem Lupus vulgaris, von Paul Raymond. Nach einer kurzen Übersicht über den Stand dieser streitigen Frage in den verschiedenen Ländern teilt der Verfasser seine eignen Beobachtungen und Ansichten mit. Nach ihm kann sich der Krebs sowohl auf einem vernarbten wie auf einem in voller Entwickelung befindlichen Lupus bilden. Gestützt wird diese Behauptung durch ausführliche Mitteilung einer Reihe teils fremder teils eigner Beobachtungen. Aus den mitgeteilten Krankengeschichten gelangt R. dann zu folgenden Schlüssen:

1. Das Epitheliom entwickelt sich — soweit die Beobachtungen reichen — nur selten auf einem in Blüte stehenden Lupus.

2. Es entwickelt sich nur auf einem Lupus tuberculos., namentlich des Gesichts.

3. Das Epitheliom ist beobachtet beim Lupus von Personen im Alter von 23—69 Jahren.

4. Es scheint beim Mann häufiger als bei der Frau zu sein.

5. Es wächst namentlich auf lange bestehendem Lupus.

6. Der Lupus ist bald non excedens, mit oder ohne Narben; bald ist er excedens.

7. Das Epitheliom tritt auf, gleichviel ob und wie man den Lupus vorher behandelt hat.

Verfasser kommt dann nach einigen, namentlich histologischen Bemerkungen über die verschiedenen Formen des Lupus auf die Umformung von lupösem in karzinomatöses Gewebe zu sprechen. Das eine Gewebe verwandelt sich nicht in das andre, sondern das eine wird gewissermafsen von dem andern verdrängt; die Epitheliomzellen treten an Stelle der Granulationen des Lupus. Die Haut in der Umgebung des Lupus ist mit lupösen Granulationen infiltriert. Je mehr man sich aber dem Tumor selber nähert, um so mehr stöfst man auf Epithelzellen in allen Stadien der Verhornung.

Die Entwickelung geschieht auch hier, wie beim gewöhnlichen Hautkarzinom, auf Kosten des stratum mucosum. — Zum Schlufs wirft R. die Frage auf, warum sich aus Lupus ein Krebs entwickelt? Er zweifelt an einen gesetzmäfsigen Zusammenhang zwischen beiden Affektionen und schliefst sich VERNEUIL an, der im Lupus einen locus minoris resistentiae erblickt. Es mag dann schon eine entferntere Ursache, wie etwa Heredität, genügen, um gerade hier ein Karzinom zum Ausbruch zu bringen.

Beitrag zum Studium der sogenannten Spontanfrakturen bei Syphilitischen, von TAVERNIER. Bringt aufser einem geschichtlichen Rückblick und einigen Bemerkungen über den jetzigen Stand der Frage die Krankengeschichte eines Falles von Spontanfraktur des linken Humerus. Es handelte sich um eine Puella publ., die 1/4 Jahr später an einer interkurrenten Krankheit zu Grunde ging. — Die Autopsie bestätigt den Erfolg der energischen gemischten Behandlung; die Fraktur war, wie die gewöhnlichen Frakturen, mittels eines festen Callus geheilt.

Zur Behandlung der Alopecia areata, von SCHACHMANN. Ohne die Frage zu entscheiden, ob die Alopecia areata parasitären Ursprungs sei oder nicht, hat SCH. sämtliche am Hospital St. Louis im vergangenen Jahre vorgekommenen zahlreichen Fälle nach der Methode von VIDAL mit Wasserkuren behandelt — Meistens handelte es sich um Kinder oder junge Leute, und fast immer war die Kopfhaut, bisweilen auch der Bart ergriffen. — Das Verfahren ist folgendes:

Die erkrankte Stelle wird mit einem Vesicans bedeckt, das bis zur Blasenbildung liegen bleibt und dann entfernt wird. Alsdann wartet man, bis die Stelle wieder trocken ist, was gewöhnlich nach 3 Tagen der Fall ist, und legt ein neues Vesicans auf. Dies Verfahren wiederholt man je nach Bedarf 3—6—10 mal. Aufserdem wird der Kopf morgens und abends mit folgender Lösung gewaschen:

Aq. dest. 100,0; Ol. Terebinth. 20,0; Ammoniac. 5,0.

Die Kinder vertragen diese Behandlung gut; üble Zufälle hat SCH. nicht dabei beobachtet. — Die Heilung erfolgt in spätestens 3 Monaten. Aber es dauert sehr lange, bis neues Haar sich einstellt. — Der Abhandlung sind 29 Krankengeschichten beigegeben.

2. Kasuistik. Paraplegie auf syphilitischer Grundlage in Form tabetischer Erkrankung, von G. BUDOR.

Heft IV. 1. Originalabhandlungen:

Klinische Studie über Purpura, von HUMBERT MOLLIÈRE. Verf. hat in einer früheren Arbeit (*Recherches cliniques sur la nosographie du purpura haemorrhagica et des affections pétéchiales*) die Ansicht geäufsert, dafs mit dem Namen Purpura kein einheitliches Krankheitsbild bezeichnet werde, sondern dafs der Morbus maculosus nur ein Symptom verschiedenartiger Störungen bilde und auf ganz verschiedene Ursachen zurückgeführt werden

könne. Diese Ansichten haben sich ihm durch weitere Beobachtungen noch mehr befestigt, und er unternimmt jetzt den Versuch, die möglichen Ursachen der Purpura aufzudecken.

Er bespricht zuerst die Purpura exanthematica und pseudo-exanthem., die er mit Heufieber, mit Urticaria, mit Frühjahrs- und Herbst-Exanthemen u. s. w. in Analogie bringt und für die er einen parasitären Ursprung verlangt. Diese Form kann mit Fieber und Albuminurie einhergehen, und er teilt eine ausführliche Krankengeschichte, ein junges Mädchen betreffend, mit, wo die Krankheit während zweier Jahre in verschiedenen Schüben auftrat, bis endlich Hautflecke und Eiweifs völlig verschwanden.

Eine zweite Form bildet die Purpura rheumatischen Ursprungs. M. hält diese Form gegen andre Autoren, z. B. Besnier und Dieulafoy, aufrecht. Er hat Purpura bei akutem, chronischem und subakutem Gelenkrheumatismus beobachtet. Den mit Hauthämorrhagien einhergehenden Rheumatismus articul. acut. habe man bislang unter dem Namen Peliosis rheumatica fälschlich als besondere Krankheit abgehandelt. Die Purpura ist übrigens bei den andern beiden Formen der Rheumarthritis viel häufiger.

Als dritte Ursache wird für das Zustandekommen von Purpura eine krankhafte Blutveränderung in Anspruch genommen. Solche Veränderungen mögen durch Syphilis, Tuberkulose u. s. w. bedingt sein; bisweilen scheint auch ein vasomotorischer Einfluſs nicht von der Hand zu weisen, namentlich wenn es sich um plötzliche und rasch vorübergehende Erkrankung sonst ganz gesunder Menschen handelt. Diese Gruppe bildet bereits den Übergang zu der vierten Form von Purpura, die auf Grund einer hämorrhagischen Diathese des betreffenden Individuums auftritt und nahe Beziehungen mit der Hämophilie unterhält Eine stattliche Anzahl zum Teil recht interessanter Krankengeschichten wird zum Beleg und zur Erläuterung der aufgestellten Behauptungen herangezogen.

2. Kasuistik. Syphilis hereditaria tardiva. Vererbung durch den Vater, von U. Riocreux. — Syphilis hereditaria tardiva. Vererbung durch den Vater, von J. Menerault.

Heft V. 1. Originalabhandlungen.

Eine neue Theorie über die Vererbung der Syphilis, von P. Diday. In dieser gedankenreichen und fesselnd geschriebenen Abhandlung sucht Diday einen klaren Einblick in die rätselhaften Erscheinungen der Syphilis zu gewinnen. Wir können den Gedankengang hier nur in Kürze wiedergeben, empfehlen die Abhandlung aber dringend allen denjenigen, die sich für den Gegenstand interessieren.

D. beginnt mit folgender wichtigen Unterscheidung: Zwei Arten krankhafter Zustände sind von Eltern auf Kinder übertragbar. Die eine Art, die arthritische Anlage z. B., ist während des ganzen Lebens, und gleichviel, welche Symptome sie im Augenblick der Zeugung gerade bei den Eltern macht, vererbbar. Die andre Art hingegen ist nur übertragbar

so lange sie bei den Erzeugern besteht, und auch hier nur, so lange sie nicht latent wird. Die erstere Art der Übertragung nennt D. Heredität; die zweite Kontagion. Die Syphilis nun gehört weder ganz in die eine, noch ganz in die andre Gruppe; hier handelt es sich um eine Kontagion, die sich mit der Heredität kreuzt (contagion mâtinée de l'hérédité). Der eine Einfluſs vermag den andren aufzuheben, zu mildern, aber auch zu verstärken, oder für eine Zeitlang zu unterdrücken (Syphilis heredit. tardiva). Es kann also z. B. der Foetus bei der Befruchtung eine Anlage ererben, die ihn gegen die Kontagion der syphilitischen Mutter immun macht.

Im zweiten Abschnitt bespricht Diday die Art der Übertragung. Das Ovulum, welches mit dem Spermatozoon eines syphilitischen Mannes befruchtet ist, ist, nach ihm, auch Kontagiumträger und Ursache der syphilitischen Erkrankung der Mutter, und das Blut der so erkrankten Mutter vermittelt schliefslich auch die Syphilis des Kindes. Verf. gelangt zu dieser Theorie durch einige Schlüsse, die sicher nicht einwurfsfrei sind, und die man im Original nachlesen wolle (Ref.).

Der dritte Abschnitt handelt von der Therapie, die aus dieser Theorie hergeleitet wird und ihr wiederum zur Stütze dient: Mehrfach wiederholte Schmierkur vom Beginn der Schwangerschaft bis zum 7.—8. Monat (gleichviel, ob der Mann oder die Frau syphilitisch ist). Denn da nach Diday nur das mütterliche Blut der Infektionsträger ist und seine Wirksamkeit in die Zeit vom zweiten bis achten Monat der Schwangerschaft fällt, so muſs eine energische antiluetische Behandlung während dieser Zeit das Kind vor der Ansteckung bewahren. Die Thatsachen stehen hiermit im Einklang [Aber wäre es z. B. nicht denkbar, daſs die Schmierkur durch den mütterlichen Organismus hindurch auf den bereits infizierten Foetus dauernd heilend einwirkt? Ref.]

Hydradénomes éruptifs. Adenoide Epitheliome der Schweifsdrüsen von L. Jacquet und Darier. Mit einer Tafel. Es handelt sich um einen papulo-tuberkulösen Hautausschlag mit sehr langsamem Verlauf. Der Fall betraf einen 26-jährigen, sonst gesunden Tischler. Die Knötchen safsen namentlich an der Vorderseite des Stammes und an der Innenfläche der Oberextremitäten Die Behandlung — Jodkali innerlich und örtlich verschiedene Salben — war erfolglos. Eine in ihren Ergebnissen ausführlich mitgeteilte histologische Untersuchung berechtigte die Autoren zur Stellung der Diagnose auf adenoïdes, von den Schweifsdrüsen ausgehendes Epitheliom.

2. Kasuistik. **Über einen falschen „Hutchinson"-Zahn**, von Morel Lavallée. Mifsbildung der Zähne infolge des Berufs bei einem Schuster. — Zwei Fälle von Arthritis syphilitica secundaria, von A. Cayla.

Heft VI. 1. Originalabhandlungen.

Neue Vorlesungen über Hautleiden nervösen Ursprungs. Dermatosen infolge heftiger Gemütserschütterung (Choc moral), von Henri Leloir. Während Leloir geneigt scheint, das Zustandekommen von Hautaffektionen nach langanhaltenden depressiven Gemütserregungen, wie Kummer, Sorge, Angst zu bezweifeln, tritt er nachhaltig für einen derartigen Zusammenhang zwischen Dermatose und plötzlicher, heftiger Gemütserschütterung ein. Den von ihm angeführten Beobachtungen wohnt genügend Beweiskraft inne. Er hat nach psychischem Schock Hautanämien und hyperämien, Hämorrhagien, Ekzema, Psoriasis, Herpes, Pemphigus u. s. w. auftreten gesehen. Die meisten Fälle betrafen das weibliche Geschlecht. So behandelte er, um nur eine der vielen mitgeteilten Beobachtungen zu erwähnen, eine Dame mit Skarifikationen an Lupus erythemat. faciei. Jedesmal, wenn die Dame zur Sitzung kam, stellte sich infolge der Aufregung eine Hautasphyxie ihrer sämtlichen Finger ein, die die Operation noch um ¼ Stunde überdauerte. Besondere Kennzeichen dieser Dermatosen sind: Plötzliches Auftreten, oberflächlicher Sitz, lebhaftes Jucken und neuralgische Schmerzen, kurze Dauer. — Zwei Umstände erleichtern ihr Zustandekommen: Nervosität des betreffenden Individuums und Anlage zu Hauterkrankungen. Die Behandlung mufs eine örtliche und vor allem eine allgemeine antinervöse sein: denn derartige Dermatosen sind nervöse Erkrankungen der äufseren Haut, einhergehend mit Eruptionen.

Multiple harte Schanker. Beitrag zur Lösung der Frage: Wann wird die Syphilis konstitutionell? von Alex. Haslund. Nach Haslund hat die Lehre, dafs die Induration des Schankers das Zeichen der Allgemeininfektion des Körpers sei, die längste Zeit ihres Lebens hinter sich. Zwei Thatsachen führt es dagegen an: einmal die Abortivbehandlung, d. h. die operative Entfernung des verhärteten Geschwüres mit ausbleibender Syphilis; und zweitens das durch den Versuch und die klinische Beobachtung festgestellte gleichzeitige Vorkommen mehrerer harter Schanker bei einem und demselben Individuum. Für die letztere Thatsache bringt er aus seiner eignen Erfahrung fünf Fälle bei.

Über die venerischen Erkrankungen bei den Juden der biblischen Zeit, von P. Hamonic. (Fortsetzung und Schlufs.)

2. Kasuistik. Über die Anwendung von resorciniertem Traumaticin in einem Falle von Lymphangitis erysipelatosa, von Clemente Ferreire. — Gummata im m. sartorius, von G. Sardon.

Hamburg. J. Türkheim.

L. Brasse, **Dosage du mercure dans les urines**. (*Comptes rend. Soc. de Biol.* 14. Mai 1887.) Verf. schlägt eine wesentlich vereinfachte Methode zum Nachweise von Hg im Urin vor: In den angesäuerten Harn wird auf 24 Stunden bei + 80 ° C. ein Stück feinmaschiges Messingdrahtnetz gebracht. Das auf diesem Netze ausgeschiedene Hg schlägt sich nach Erhitzen im Porzellan-

tigel auf einem abgekühlten goldenen Plättchen nieder und die Gewichtszunahme dieses Plättchens entspricht der Menge Hg in 100 ccm Harn.

Berlin. JOSEPH.

Verschiedenes.

Über Farbstoffbildung durch Wasserstoffsuperoxyd, von C. WURSTER. Durch Einwirkung von Wasserstoffsuperoxyd auf Phenol und Ammoniak entsteht eine blaue Färbung, die später in grün und gelb übergeht und schliefslich durch Wasserstoffsuperoxyd wieder entfärbt wird. Sind Aceton, Alkohol, Oxalsäure oder noch besser Hydroxylamin zugegen, so geht die Einwirkung sehr rasch vor sich. Aus der blauen Lösung wurde vom Vf. ein Körper erhalten, der als das von HIRSCH (*Ber.* XVIII. 1909) zuerst dargestellte Phenolchinonimid erkannt wurde. Wasserstoffsuperoxyd entsteht bei der Lebensthätigkeit des Protoplasmas und wurde in den Milchsäften, vielen Blüten und den Samenprodukten zu gewisser Zeit nachgewiesen; auch bei Mikroorganismen findet sich Wasserstoffsuperoxyd in beträchtlicher Quantität. Bei Verallgemeinerung der Reaktion fand Vf., dafs die Bildung von Chinonabkömmlingen durch Oxydation der Phenole in Gegenwart von Ammoniak eine ganz allgemeine, ist und dafs auch die Oxysäuren, z. B. Salicylsäure, durch Oxydation in Farbstoffe übergehen.

Viele der vergänglichen Blütenfarbstoffe zeigen die allgemeinen Eigenschaften der Chinonimide, durch Säuren rot, durch Ammoniak blau zu werden, und ist wohl anzunehmen, dafs die Farbstoffbildung in den Pflanzen mit dem Auftreten des schwach oxydierenden Wasserstoffsuperoxydes in Beziehung steht, da aufserdem Ammoniak und Phenole als Zersetzungsprodukte des Eiweifses nachgewiesen wurden. Aus der Reihe von Farbstoffbildungen, welche Vf. u. a. hinsichtlich des Brenzkatechins, Orcins, Erythrins, Phloridzins feststellte, ist besonders das Lakmoid, d. i. Resorcinblau von R. BENEDIKT und P. JULIUS (*Monatsh. f. Ch.* V. 534) hervorzuheben, welches Vf. durch Erwärmen einer ammoniakalischen Lösung von Resorcin mit wenig Wasserstoffsuperoxyd erhielt. (*Ber. d. deutsch. chem. Gesellsch.* 2934—40; durch *Chem. C.-Bl.* 1887. pag. 1493.)

Aus der Praxis.

Zur Frage 2. In einem kürzlich behandelten Falle von **Pemphigus** wirkte anscheinend günstig auf die Eintrocknung neuer Blasen und deren Wiederkehr verhütend folgende weiche Zinkpaste:

Ol. lini
Aq. calcis
Zinci oxydati
Cretae ää 100,0
M. f. pasta.

Mehr derartige Erfahrungen wären auch uns erwünscht. U.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 3. 1. Februar 1888.

Versuch einer pathologisch-anatomischen Statistik der visceralen Syphilis.

Antrittsvorlesung

von

Dr. O. Petersen
in St. Petersburg.

M. H. Unter den Volkskrankheiten, die auch bei uns in Rufsland alljährlich tausende von Arbeitskräften absorbieren, nimmt die Syphilis einen der hervorragendsten Plätze ein. Typhus, Pocken, Diphtheritis und sämtliche andern akuten Infektions-Krankheiten raffen auch jährlich eine Menge Volks hinweg, aber die Kranken, welche diese Krankheiten überstanden haben, erlangen nach Wochen oder Monaten ihre volle Gesundheit in höherem oder geringerem Grade wieder und werden von neuem der Arbeit zurückgegeben, und ihre Nachkommenschaft bleibt unbeeinflufst.

Die Syphilis jedoch als chronische Infektionskrankheit legt die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen nicht nur auf längere oder kürzere Zeit lahm, zwingt die Kranken sich mit der Krankheit bisweilen Jahrzehnte lang herumzuschleppen, sondern, was das traurigste ist, dafs sie auch die Nachkommenschaft degeneriert, teils direkt durch Infektion des Foetus, teils indirekt als hereditäre Belastung.

Um mit dieser Volksplage erfolgreich kämpfen zu können,

müssen wir die Krankheit in allen ihren Perioden möglichst genau zu erforschen suchen, ihre Statistik im allgemeinen feststellen und die Häufigkeit ihrer verschiedenen Erscheinungen namentlich in den inneren, lebenswichtigen Organen bestimmen.

Die Statistik ist nicht nur in Rufsland, sondern überall weit entfernt eine befriedigende zu sein. Am allerschwierigsten ist das Sammeln statistischer Daten in grofsen Städten, welche anderseits gerade die Hauptverbreitungsquelle der Syphilis sind.

Ich hatte auf dem im vorigen Jahre stattgefundenen I. Kongrefs russischer Ärzte die Ehre einige Zahlen über die Verbreitung der Syphilis in Petersburg mitzuteilen, Daten die ich im Laufe von 7 Jahren an dem städtischen Alexanderhospital gesammelt hatte.

Jetzt möchte ich die Kollegen mit den Zahlen über die Affektion der inneren Organe bei Syphilis bekannt machen.

Da in das Hospital hauptsächlich frische Formen von Syphilis eintreten, so ist es unmöglich, aus den von mir angegebenen klinischen Daten sich einen Begriff von der Häufigkeit der Spätformen, namentlich von der Syphilis der inneren Organe, zu machen. Die Kranken mit visceralen Syphilisaffektionen treten gewöhnlich in die therapeutische Abteilung ein und entgehen somit den Händen der Syphilidologen. Aufserdem ist die Diagnose der visceralen Syphilis an und für sich noch wenig bearbeitet.

Wir haben daher bei uns in der Station ein zu geringes Material, als dafs es uns über die Häufigkeit der visceralen Syphilis Aufschlufs erstatten könnte. Der richtigste Weg zur Lösung der Frage wäre etwa folgender: Man müfste 1000 frische Syphilisformen bis zum Tode der Patienten auf Verlauf und Entwickelung der Krankheit hin verfolgen; einer derartigen Beobachtung stehen vorläufig unüberwindliche Schwierigkeiten im Wege, obgleich Hoffnung vorhanden ist, die Frage mit der Zeit zu lösen u. z. mit Hilfe des vom geehrten Kollegen Dr. E. F. Sperck in dem Kalinkinhospital eingeführten Kartensystems.

Bei der Unmöglichkeit, zur Zeit diesen angegebenen Weg einzuschlagen, war ich gezwungen, einen andren zu wählen. In

meiner Eigenschaft als Prosektor eines grofsen Krankenhauses (600 Betten für allgemeine Kranke) habe ich mir im Laufe von 9 Jahren die Aufgabe gestellt, zu konstatieren, wie häufig die viscerale Syphilis unter allen im Hospital sezierten Leichen zu finden ist. Ich mufs hier bemerken, dafs, obgleich im Hospital eine Abteilung mit 90 Betten für venerische Kranke bestand (erst im Herbst 1886 ist die Zahl auf 330 erhöht worden), innerhalb dieser jährlich nicht mehr als 4 bis 5 Todesfälle vorkamen, u. z. war nicht viscerale Syphilis, sondern zufällige Komplikationen (krupöse Pneumonien, Tuberkulose etc.) die Todesursache. Unter allen unten angeführten Fällen kamen nur 1 oder 2 aus der venerischen Abteilung zur Sektion.

Bevor ich jedoch die Daten, die ich selbst gesammelt habe, mitteile, erlaube ich mir dasjenige mitzuteilen, was ich in dieser Hinsicht in der Litteratur gefunden habe (ich bemerke, dafs ich als Hospitalarzt nicht alle litterarischen Daten zu erschöpfen im stande war). Bei der Bearbeitung der mich beschäftigenden Frage habe ich zwei Punkte verfolgt: 1. wie häufig wird viscerale Syphilis bei pathologisch-anatomischen Sektionen gefunden? und 2. welche inneren Organe werden am häufigsten von der Syphilis ergriffen?

Ich habe mich dabei nur auf den makroskopischen Befund beschränkt, da die Frage über die parenchymatösen Veränderungen bei Syphilis noch wenig bearbeitet ist, obgleich schon einige Arbeiten, namentlich russischer Gelehrter, vorhanden sind, so z. B. die Dissertation des Prof. N. J. IWANOWSKY u. s. w. Ich persönlich hatte leider nicht die Möglichkeit meine Fälle histologisch zu bearbeiten; ich lasse daher diesen Teil der Frage beiseite. — zwei Fragen scheinen mir vor allem wichtig.

1. Wie häufig findet sich bei den Sektionen die viscerale Syphilis?

In den „*Charité Annalen*“ veröffentlicht VIRCHOW alljährlich die Sektionsresultate, wobei er, nach seinen Worten, alle Veränderungen der Syphilis verfolgt. Im Laufe der Jahre 1875 bis 1884, also innerhalb zehn Jahren, hat er unter 8020 Sektionen 273 (3,2%) Fälle von visceraler Syphilis angetroffen, u. z.

Tabelle I.

1875	auf	796	Sektionen	21	Fälle,	d. h.	2,7 %
1876	„	756	„	20	„	„	2,6 %
1877	„	809	„	35	„	„	4,3 %
1878	„	717	„	36	„	„	5,0 %
1879	„	810	„	33	„	„	4,0 %
1880	„	849	„	31	„	„	3,6 %
1881	„	814	„	31	„	„	3,7 %
1882	„	767	„	20	„	„	2,6 %
1883	„	785	„	19	„	„	2,4 %
1884	„	917	„	27	„	„	2,9 %
Summa		8020	Sektionen	273	Fälle	d. h.	3,2 %

Diese Zahlen beziehen sich übrigens nicht nur auf Erwachsene sondern auch auf Kinder, dà die Charité auch eine Kinderklinik besitzt. Aufserdem kommen dort auch syphilitische Neugeborene aus der gynäkologischen Klinik zur Sektion. Leider habe ich nur für das Jahr 1877 die Anzahl der sezierten Kinder erfahren, u. z. befinden sich unter 35 Fällen 14 Kinder. Zieht man also für 1877 aus der gesamten Prozentzahl — 4,3 %— die Zahl der Kinder ab, so entfallen auf die Erwachsenen nur 2,6 %.

Cruse [1] hat im Jahre 1870 die Resultate von 482 auf dem Dörptschen pathol. anatom. Institut ausgeführten Sektionen aus den Jahren 1858 bis 1869 publiziert und hat darunter 7 Fälle von visceraler Syphilis gefunden, d. h. 1,4 %; schliefst man 1 Fall von hereditärer Syphilis aus, so bleiben 1,3 % nach. Er erwähnt, dafs Willigk bei Sektionen in 4,8 % Syphilis angetroffen habe, Wrony in 3,9 % (inklusive hereditärer Syphilis).

Uskoff [2] (Bericht des anatomischen Kabinetts des Marine-Kalinkinhospitals für 1885) hat unter 96 Sektionen 1 Fall von Syphilis, d. h. circa 1 %, gefunden.

Lukin [3] hat in den Jahren 1882 bis 1884 im Kronstädter Marinehospital 1723 Leichen seziert, jedoch nur 3 Fälle, d. h.

---

[1] P. Cruse. *482 Obduktionsbefunde aus dem Dorpater pathol. anatom. Institut.* Dissert. Dorpat 1870.

[2] *Medizinskija Pribawlenja k Morskomu Sborniku.* 1886.

[3] *Medizinskija Pribawlenja k Morskomu Sborniko.* 1884 und 1886.

0,2 % gefunden. Eine so niedrige Ziffer ist vollständig verständlich, wenn man bedenkt, dafs in einem Marinehospital hauptsächlich junge Matrosen liegen; die mit Syphilis infizierten ziehen mit dem 26. Jahre in ihre Heimat zurück, ehe es zu einer Entwickelung der späteren Periode kommt, in der gerade viscerale Affektionen vorgefunden werden. KRANHALS[4], Prosektor des Rigaer Stadt-Krankenhauses, hat im Jahre 1884 auf 229 Sektionen 3 Fälle (1,3 %) visceraler Syphilis getroffen.

Betreffs der Syphilis von Säuglingen haben wir noch folgende Daten:

Im Petersburger Findelhause[5] wurden seziert:

1870	1377	Kinder,	81	Fälle	von	Syphilis
1871	1502	„	145	„	„	„
1872	1432	„	153	„	„	„
1873	1922	„	138	„	„	„
1876	1781	„	103	„	„	„
Summa	8014	Kinder,	620	Fälle	von	Syphilis, d. h. 7,7 %

Wie viele Fälle visceraler Syphilis darunter waren, ist aus dem Berichte nicht zu ersehen.

Betreffs der Kinder habe ich einige Daten des Nikolai-Kinderhospitals, Dank der Liebenswürdigkeit des Prosektors, Dr. K. REIMER, erhalten. Im Laufe der letzten Jahre sind 380 Leichen seziert worden, wobei 11mal viscerale Syphilis gefunden wurde, d. h. 2,1 %.

Ich gehe jetzt zu meinen eignen Daten über. Da ich im Laufe von 8 Jahren im Alexanderhospital gleichzeitig die Ämter eines Ordinators der venerischen Abteilung und Prosektors inne hatte, so konnte ich im Laufe der ganzen Zeit bei den Sektionen alle syphilitischen Veränderungen genau notieren.

In der unten stehenden Tabelle sind ausschliefslich Fälle später Syphilis aufgenommen, da ich bei frischeren Formen nie mit dem unbewaffneten Auge wahrnehmbare Veränderungen an den inneren Organen gefunden habe. Ich kann nicht umhin,

---

[4] *Rechenschaftsbericht der Verwaltung des Allgemeinen Krankenhauses des Rigaer Armendirektoriums* pro 1885. (Sep.-Abdr.)

[5] *Medizinskija Ottschjoti Imper. Peterburskago Wospitatelnajo doma*, herausgegeben 1870, 1872, 1873, 1874, 1877.

hier eines äufserst instruktiven Falles zu gedenken, der bei einer gerichtlichen Sektion vorkam. Ein junger Handwerker von 23 Jahren fiel aus einem Fenster des 4. Stockwerks auf einen gepflasterten Hof und verschied hierselbst. Sektion: Schädelfraktur mit Blutung zwischen die Hirnhäute, Fraktur beider Oberschenkel und einiger Rippen. Aufserdem in grofser Anzahl frische, breite Condylomata ani und scroti und nässende Papeln der Lippen — unzweideutige Anzeichen für frische Syphilis; dabei waren die inneren Organe vollständig normal; die mikroskopische Untersuchung ergab auch nicht die geringsten parenchymatösen Degenerationen.

Weiterhin starben in meiner Abteilung mehrfach frische Syphilitiker an Lungenentzündung, Erysipel, Tuberkulose etc., nie gelang es bei den Sektionen auch nur die geringsten makroskopischen Veränderungen an den inneren Organen zu finden, wie bei denen an Spätformen leidenden.

Ich kann mich an der Hand meiner Fälle nicht davon überzeugen lassen, dafs die makroskopisch sichtbaren Veränderungen bei visceraler Syphilis bereits bei frischen Erkrankungen vorhanden seien, wie dies LJUNGGREN [6] und andre behaupten. Scheinbar haben die Autoren der angeführten Berichte hinsichtlich der Erwachsenen auch nur Fälle der gummösen Periode gerechnet. Die Resultate meiner Sektionen am Alexanderhospital, zur Erinnerung an den 19. Februar 1861, waren folgende:

Tabelle II.

1879	auf	451	Sektionen	6	Fälle	von Syphilis,	1,3 %
1880	„	642	„	14	„	„ „	2,2 %
1881	„	508	„	10	„	„ „	1,9 %
1883 [7]	„	303	„	4	„	„ „	1,3 %
1884	„	309	„	9	„	„ „	2,9 %
1885	„	274	„	2	„	„ „	0,8 %
1886	„	321	„	8	„	„ „	2,3 %
Summa		2808	Sektionen	52	Fälle	von Syphilis,	1,8 %

[6] *Vierteljahresschrift für Dermatol. und Syph.* 1870.
[7] für 1882 sind die Sektionsprotokolle verloren gegangen.

Somit schwankte innerhalb der 7 Jahre der Prozentgehalt zwischen 0,8 und 2,9 %.

Tabelle III.

Prozentverhältnis der visceralen Syphilis zur Gesamtzahl der gesammelten Fälle von sezierten Erwachsenen und Kindern.

Virchow	1875—1884	auf	8020	Sektionen	273	(3,2 %)
Cruse	1858—1869	„	482	„	6	(1,3 %)
Willigk	—	„	?	„	?	(4,8 %)
Wrony	—	„	?	„	?	(3,9 %)
Uskoff	1885	„	96	„	1 circa	(1,0 %)
Reimer	—	„	380	„	11	(2,1 %)
Petersen	1871—1886	„	2808	„	52	(1,8 %)
Findelhaus	1870—1876	„	8019	„	620	(7,7 %)
Lukin	1882—1884	„	1723	„	3	(0,2 %)
Kranhals	1885	„	229	„	3	(1,3 %)
		Summa	21757	Sektionen	969	(2,3 %)

Rechnet man die Berichte des Findelhauses und Kronstädter Hospitals, in denen besondere Bedingungen vorlagen, die bereits oben angegeben sind, nicht mit, so bleiben zum Vergleich mit unsern nur folgende Zahlen übrig:

Virchow mit 3,2 %
Cruse „ 1,3 %
Uskoff „ 1,0 %
Reimer „ 2,1 %

welche im Mittel 1,9 % ergeben, d. h. in 1,9 % sämtlicher sezierten Leichen wurden viscerale syphilitische Affektionen gefunden; meine Daten ergeben fast dieselbe Ziffer, 1,8 %.

Man muſs erwähnen, daſs bei Virchow sowohl als auch bei Reimer, dessen Prozentziffer gröſser ist als meine, die Fälle heriditärer Syphilis nicht ausgeschlossen sind. Addiert man meine Fälle zu den in der Litteratur vorhandenen, so erhält man 21757 Sektionen mit 2,3 % visceraler Syphilis.

Es ist selbstverständlich, daſs diese Daten keine absolute Richtigkeit beanspruchen können, und wäre es sehr wünschenswert, daſs andre Kollegen entsprechendes Material zum Vergleich mit den von mir erhaltenen Ziffern heranzögen.

Wir können also auf die zuerst von mir aufgeworfene „Wie häufig finden wir bei Sektionen viscerale Sy vorläufig antworten: Rechnet man sämtliche Fälle rierte und hereditäre)—in 2,3 %, schliefst man die h täre Syphilis aus — in 1,8 %.

Ich gehe nun zur zweiten Frage über:

2. Welche inneren Organe werden am häufigst der Syphilis betroffen?

Uns steht zur Lösung dieser Frage leider nur ein g Material zur Verfügung; obgleich die Kasuistik der vi Syphilis bereits einen bedeutenden Umfang erreicht hat, schränken sich die Autoren in ihren Beobachtungen m ein beliebiges Organ und erwähnen die Veränderungen andern Organen nur beiläufig, wie z. B. in den *Charité-* nur die Zahl der Fälle genannt ist, ohne die betroffenen anzuführen. Es eignen sich also zur Vergleichung mit Fällen aus der Litteratur und mündlichen Mitteilungen genau beschriebene Sektionen im Handbuch von LAN (übersetzt unter Leitung von Prof. TARNOWSKY), ferner aus der Dissertation von Prof. IWANOWSKY und 11 Fä Dr. REIMER, im ganzen 36 Fälle. Diese 36, wie auch 52 sind in den beigefügten Tabellen IV.—VII. enthalten.

Somit besitzen wir 88 Fälle, von denen 53 Männer, 35 betreffen, u. z.

	Männer	Frauen
bei LANCEREAUX	9	13
„ IWANOWSKY.	2	1
„ REIMER	8	3
„ PETERSEN	34	18
	53	35

Es folgt daraus übrigens durchaus nicht, dafs das ein andre Geschlecht ein gröfseres Kontingent für die vi Syphilis stellt, da z. B. im Alexanderhospital doppelt Männer als Weiber zur Sektion kommen.

Bevor wir an die Untersuchung der einzelnen Organe erlaube ich mir noch zwei Fragen zu berühren, welche wir

Tabelle VII. Fälle von Dr. O. Petersen (52 auf 2808 Sektionen).

No.	Geschlecht	Alter	Todesursache	Haut	Larynx	Lungen	Herz	Leber	Milz	Nieren	Darm	Knochen	Gehirn	Anmerkungen
1	W.	18	Phthisis	–	–	–	–	Narben	–	–	–	–	–	Cachexia Defect. sept. nas.
19	M.	17	[illegible] gumm.	Narben	–	–	–	Gummata	Amyloid	Amyloid	–	–	–	[illegible]
20	M.	53	Typhus abdomin.	Narben	–	Gummata	–	Narben Gummata Verdickg.	–		–	–	–	–

17

42	M.	35	Laryngit. syphil.	Narben	Perichondritis ulcerosa	—	—	—	Amyloid	—	—	—	—	Cachexia
43	M.	42	Laryngit. syphil. Tracheotom.	—	Chondritis stenosis ulc. tracheae	—	—	—	—	—	—	—	—	—
44	M.	46	Carcinoma oesophagi	—	—	—	—	Narben Atroph. lob. sin.	Amyloid	—	—	—	—	—
45	W.	34	Pneumonia fibrinos. dupl.	—	—	—	—	Narben	—	—	—	—	—	—
46	M.	50	Nephritis chronica	—	—	—	—	Narben	Amyloid	Amyloid Nephrit. chronica	—	Tophi tibiae	—	—
47	W.	20	Phthisis	Narben	—	—	—	Amyloid	Amyloid	Nephritis chronica	—	Tophi tibiae	—	—
48	M.	32	Alkoholismus	Narben	—	—	—		—	—	—	—	—	Gummata testiculi
49	M.	40	Alkoholismus	Narben nach Rupia	—	Gummata	—	—	—	—	—	—	—	—
50	W.	50	Syphilis tarda (Cachexia)	—	—	—	—	Narben Atroph. lob. sin. Gummata	Gumma	—	—	—	—	Cachexia. Defect. palati et septi nar.
51	M.	50	Phthisis	Narben	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Defectus palati mobis.
52	M.	44	Pneumonia fibrinos. dextr.	Narben	—	—	—	Nrb. Läppchenbild. Atrophia lob. sin.		—	—	Tophi tibiae Gummata cranii	—	Cachexia

auf Grund unsrer Tabellen lösen können, nämlich das Alter der Verstorbenen und die Todesursache.

a. das Alter: in den 23 Lancerauxschen Fällen schwankt dasselbe zwischen 26 und 60 Jahren, uns interessiert jedoch nur das Alter derjenigen, welche an syphilitischen Affektionen der Organe zu Grunde gegangen:

es starben	26—30	Jahre alt	3
„	31—35	„	2
„	41—45	„	3
„	46—50	„	1
„	56—60	„	3
			12

im Mittel 37 Jahr alt.

In meinen 52 Fällen waren die Kranken im Mittel 40jährig gestorben (von 17—60 Jahren); nimmt man jedoch nur jene 15 Fälle, in denen Syphilis direkte Todesursache gewesen, so ist das mittlere Alter 42 Jahr. Nimmt man an, dafs das Gros der Menschen sich im Alter von 20—25 Jahren infiziert, so kann man sagen, dafs die Syphilis im Durchschnitt nach 17—22 Jahren zum Tode führt, wenn es zu visceralen Affektionen gekommen.

Ich komme nun auf die Frage, was für Ursachen die Sektionen im Gefolge hatten, d. h. wie häufig die Kranken direkt durch die Syphilis hingerafft wurden, und wie oft eine zufällige Erkrankung ihr Leben abschlofs.

Unter allen 88 Sezierten waren direkt an Syphilis 36 gestorben, 52 an andern Krankheiten, u. z.

	an Syphilis	an andrer Krankheit.
bei Lanceraux	12	10
„ Iwanowsky	3	—
„ Reimer	6	5
„ Petersen	15	37

Von den zufälligen Komplikationen waren hauptsächlich als Todesursache zu verzeichnen: Erysipel 8 mal, Tuberkulose 8 und krupöse Pneumonie 6 mal. Von den übrigen je 2 mal Abdominaltyphus und Rekurrens, Alkoholismus, akute und chronische Pleuritis, akute Nephritis, Karcinom und Insufficienz der Aortenklappen.

In den 36 Fällen, in denen Syphilis notiert war, haben wir folgende anatomische Diagnosen der direkten Todesursache:

Chronische Nephritis	7
Gehirngumma	6
Kachexie	4
Perichondritis und Chondritis syphilit. laryngis	5
Gummöse Hepatitis	4
Gummata cordis	2
Intestinalkatarrh	3
Peritonitis (infolge von Gumma der gland. mesenterialis)	2
Syphilit. Ulcus des Coecum	1
Syphilitische Striktur des Rectum	1
Epilepsie	1
	36

Daraus ist ersichtlich, dafs die häufigste Todesursache Nephritis, Encephalitis, Hepatitis waren, dann allgemeine Kachexie.

Ich komme schliefslich zu der Frage: „Welche Organe werden am häufigsten ergriffen?“ Es ist allgemein bekannt, dafs in der gummösen Periode sämtliche Organe ergriffen werden können, obwohl wir nicht betreffs aller genaue Daten besitzen. So ist z. B. die Frage über die Affektionen der Gebärmutter und der Ovarien eine offene — wenigstens was die Art der Veränderung betrifft. Virchow sagt, er halte eine Oophoritis syphilitica für unzweifelhaft, fügt aber hinzu, er könne nicht versichern, ob dieselbe noch andre Erscheinungen mache, als fibröse Verdickung. In der Litteratur finden sich nur 2 Fälle (Lebert und Richet), echte Gummata hat noch niemand beschrieben. Bei meinen Sektionen habe ich stets ein Augenmerk auf Uterus und Ovarien gerichtet. Im ersteren haben wir nie charakteristische Veränderungen angetroffen; in den Ovarien haben wir nur ein einzigesmal Veränderungen gesehen, die mit den von Richet beschriebenen übereinstimmten.

Ich habe das ganze Material in folgender Tabelle zusammengestellt:

Tabelle VIII.

Autoren	Haut	Larynx	Trachea	Lungen	Herz	Leber	Milz	Nieren	Därme	Knochen	Gehirn	Pankreas	Mesenterialdrüse	Hoden
Iwanowsky 3 Fälle	3	—	—	—	—	3	2	2	—	1	—	1	—	—
Lancereaux 22 „	10	1	1	3	3	21	1	9	1	8	9	—	1	3
Reimer 11 „	—	3	—	4	3	10	4	3	2	5	—	—	—	—
Summe 36 Fälle	13	4	1	7	6	34	7	14	3	14	9	1	1	3
Petersen 52 Fälle	22	3	1	4	4	45	26	20	4	12	—	—	3	1
Summe 88 Fälle	35	7	2	11	10	79	33	34	7	26	9	1	4	4

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, dafs wir am häufigsten Affektionen der Leber finden, weiterhin der Milz, Nieren und Knochen. Die Rubrik „Haut" habe ich nur deswegen hinzugefügt, um zu zeigen, wie häufig Narben nach früher durchgemachten Syphiliden nachbleiben; in je einem Falle habe ich aufser Narben noch ein Knötchen- und Gummasyphilid getroffen.

Es erübrigt noch zu untersuchen, welcher Art Veränderungen am häufigsten vorkommen. Die Veränderungen können in interstitiellen Prozessen und gummösen Tumoren, welche entweder in Zerfall übergehen oder regressiv werden, indem sich eine bindegewebige, eingezogene, sternförmige Narbe bildet, bestehen.

Die Leber. Unter 88 Fällen war die Leber 79mal afficiert. Die Hauptveränderung besteht in sternförmigen, eingezogenen Narben, namentlich auf der Konvexität zu beiden Seiten des lig. suspensorium, aber auch auf der unteren Fläche finden sich Narben. Diese Narben betreffen stets nicht nur die Kapsel, sondern auch das Lebergewebe selbst. Man sieht eine solche Narbe oft auf $^1/_2$ cm sich in das Gewebe hinein erstrecken. Derartige Narben wurden 68 mal angetroffen, d. h. sie gehören zu den allerhäufigsten Erscheinungen; da wo sie sich in gröfserer Anzahl auf der Konvexität zerstreut vorfinden, kann man fast stets Syphilis annehmen.

Aufser diesen charakteristischen Narben gibt es noch ein andres Zeichen für den abgelaufenen Prozefs, d. i. die Lappenbildung der Leber. Die Läppchen bilden sich nicht selten infolge stärkerer Schrumpfung der Narben; zum Teil jedoch auch infolge zerfallener Gummen. Diese Läppchenbildung spricht noch mehr zu gunsten einer Syphiliserkrankung, als die Narben. Sie wurde 16 mal beobachtet. Ein drittes Zeichen des abgelaufenen Prozesses ist die Atrophie des linken Lappens (mit deutlich verdünntem Rande), welche in 5 Fällen zu konstatieren war, nebenbei befinden sich stets sternförmige Narben. Die allercharakteristischste Erscheinung frischer Fälle — Gummaknoten — kam 19 mal zur Beobachtung, wobei mehrfach gleichzeitig Narben- und Läppchenbildung gleichzeitig vorhanden war. CHWOSTEK[8] (in Wien), welcher 1881 17 Fälle von Hepatitis gummosa beschrieben hat, sagt, er habe in derselben Zeit 80 mal Gehirnsyphilis gesehen, folglich dürfte also das Gehirn viel häufiger ergriffen werden. Ich habe nur 9 von LANCEREAUX beschriebene Fälle gefunden; unter meinen 52 Fällen habe ich kein einziges Gumma des Gehirns getroffen; das erklärt sich daraus, dafs dieselben gewöhnlich Geisteskrankheiten nach sich ziehen, solche aber im Alexanderhospital nur in Ausnahmefällen Aufnahme finden.

Leider führt CHWOSTEK keine Details über die 80 Fälle an, es bleibt daher ungesagt, welcher Art diese Gehirnaffektionen gewesen seien.

Die Nieren nehmen die zweite Stufe unter den ergriffenen Organen ein — 34 Fälle —, dies entspricht den Daten von SPIESS, welcher unter 220 sezierten Leichen von Syphilitikern 147 mal Nierenaffektionen gefunden hat. Sowie SPIESS, so weist auch WAGNER darauf hin, dafs meistenteils eine interstielle Nephritis gefunden wird, während Gummata nur sehr selten vorkommen,

bei	WAGNER	auf	63 Fälle	1 mal.
„	SPIESS	„	147 „	7 „
Ich fand	Nephritis interstitial.		14	„
	Gummata		5	„
	Narben		9	„
	Amyloid		10	„

[8] *Vierteljahreschrift für Dermatologie und Syphilis.*

Die Milz war in 33 Fällen betroffen. Am häufigsten war das Amyloid derselben (17), weiterhin Narben (7) und Gummata (4 mal). Über die Häufigkeit der Milzgummata konnte ich in der Litteratur nichts finden. Gold[9], der einige Fälle von Milzgumma beschrieben, hat die Frage über ihre Häufigkeit ganz bei seite gelassen.

Man findet in Sektionsprotokollen mehrfach die Bemerkung über Vergrößerung der Milz und Verdickung ihrer Kapsel, dabei haben jedoch diese Erscheinungen nichts für Syphilis Charakteristisches.

Über die Affektion andrer drüsiger Organe bei visceraler Syphilis wissen wir noch wenig. Ich möchte nur darauf hingewiesen haben, daſs ich 3 mal Gelegenheit gehabt habe, gummöse Entartung der Mesenterialdrüsen[10] anzutreffen; in zweien dieser Fälle hatte sich nach Zerfall des Drüsengewebes tödliche Peritonitis entwickelt.

Nur ein einziges mal habe ich ein Gumma einer Bronchialdrüse gesehen u. z. bei einem 19jährigen Manne, welcher an einer Nephritis, neben welcher er Tophi tibiarum hatte, gestorben war; die Lungen erwiesen sich als gesund.

Affektionen des Darmkanals kamen im ganzen 7 mal zur Beobachtung, u. z. Ulcera 4 mal, Amyloid 2 mal und narbige Striktur des Rectum (meine Beobachtung) 1 mal.

Die Knochensyphilis gehört streng genommen nicht zur visceralen Syphilis, es scheint mir jedoch nicht überflüssig auch ihrer mit einigen Worten Erwähnung zu thun.

Am häufigsten wurden beobachtet:

Tophi	tibiarum	9 mal
„	cranii	6 „
Gummata	cranii	6 „
„	tibiae	1 „
„	femoris	1 „

Ich habe nun alle Daten, welche die Sektionen syphilitischer Leichen ergeben haben, dargelegt. Es erscheint mir noch ver-

[9] *Vierteljahresschrift für Dermatol. und Syphilis.*
[10] Lancereaux beschreibt nur einen Fall.

früht, hinsichtlich der Frage, warum gerade die einen oder die andern Organe häufiger betroffen werden, ein endgültiges Urteil abzugeben. Ich beschränke mich vorläufig noch darauf, die Thatsachen konstatiert zu haben und gebe der Hoffnung Raum, dafs sich Kollegen finden werden, welche meine Arbeit, namentlich vom histologischen Standpunkte aus, fortsetzen werden. Dann werden wir auch die viscerale Syphilis genau kennen lernen, und bei genauerer Bekanntschaft mit dieser Seite der Krankheit werden auch wohl neue Indikationen zur Therapie dieser Form auftauchen.

Ein Beitrag zur Pharmakodynamik des Schwefels.

Von

Prof. Dr. Hugo Schulz

in Greifswald.

Von jeher hat sich der Schwefel für die Behandlung von Hautkrankheiten eines gewissen und nicht unverdienten Rufes zu erfreuen gehabt. Seine Anwendung auf diesem Gebiet sowie seine gleichfalls durch die Praxis sanktionierte Verwertung in der Balneologie sind so ziemlich alles geblieben, was man von der Brauchbarkeit des Schwefels zu therapeutischen Zwecken noch weifs und gelten läfst. Wenn man dagegen sich überlegt, welch bedeutende Rolle im Aufbau des Eiweifsmoleküls der Schwefel spielt, so ist es eigentlich auffallend, dafs man ihm nicht mehr zutraut, etwa wie dem, für die innere Therapie doch wesentlich höher geschätzten Eisen. Aus seiner physiologischen Bedeutung, aus den Angaben, die wir aus der praktischen Beobachtung der Dermatologen und Balneologen entnehmen können, aus seinem chemischen Verhalten schliefslich lassen sich Folgerungen ziehen, die mit aller wünschenswerten Deutlichkeit darauf hinweisen, dafs dem Schwefel ein ausgedehnteres Interesse gebürt, als ihm zur Zeit zu Teil wird.

Es war bereits den alten Ärzten wohl bekannt, dafs der Schwefel, in zweckentsprechender Weise dem Organismus ein-

verleibt, erregende Wirkungen auszuüben im stande sei, auf gesunde, mehr noch auf kranke Organe. Mit Recht entnahmen sie aus dieser Kenntnis eine speziellere Indikation für seinen Gebrauch. Bei EBN BEITHAR heifst es in den *„Büchern der Erfahrungen“* schon ausdrücklich, dafs der Schwefel besonders grofsen Nutzen bringe bei den Hautkrankheiten, bei denen „die Haut kalt und die Empfindung verloren sei.“ In einer Form, die prägnanter und anschaulicher kaum sich denken läfst, hat CARDILUCIUS, der Kommentator von OSWALD CROLLS *Basilica chymica*. vor jetzt 200 Jahren, seinen Gedanken über die innère Wirkung des Schwefels Worte geliehen: „Lac sulphuris verzehret wie ein verborgenes Feuer die Krankheit, nicht anders als das gemeine Feuer das Holz.“ Und diese, einer lange vergangenen Zeit zu eigen gewesene Kenntnis von der „erregenden“ Eigenschaft des Schwefels gewann zu Ende des vergangenen Jahrhunderts ALEXANDER VON HUMBOLDT von neuem bei seinen „Versuchen über die gereizte Muskel- und Nervenfaser.“ Er konstatierte eine deutliche Beeinflussung der quergestreiften und der glatten Muskelfaser durch den Schwefel: „Wenn die Alkalien schon an und für sich leicht Schwäche durch Überreizung hervorbringen, so thun sie es in einem noch weit stärkeren Grade in Verbindung mit dem Schwefel“, und weiterhin: „Schwefelleber wirkt als ein wohlthätiger, oft nur allzu kräftiger Reiz der feinsten Gefäfse.“

Sehr gefäfsreiche Organe scheinen überhaupt für die Einwirkung des Schwefels besonders empfänglich zu sein. Schon GEOFFROY warnt, in Übereinstimmung mit den alten Autoren, vor dem Gebrauch schwefelhaltiger Mittel bei Schwangern: „ne eis abortum inferant“, und die leichten Reizzustände der Bronchialschleimhaut, die zu Beginn einer Schwefelbrunnenkur zur Beobachtung gelangen, führt in neuerer Zeit DEMARGUAY gleichfalls auf die Aktion des Schwefels zurück. Seiner altbekannten, seit einigen Jahren nach CANTANIS Vorgang wieder mehr berücksichtigten Wirkung bei Lungenleiden verdankt der Schwefel ja seine Bezeichnung als „Balsamum pectoris.“ Aber auch solche Organe, bei denen gemäfs ihres Aufbaus und ihrer Funktion der Charakter der „Drüse“ das Mafsgebende ist, werden

durch den Schwefel zu vermehrter Thätigkeit gebracht, und die unter seinem Einfluſs sich entwickelnde Steigerung der Gallensekretion sieht REUMONT mit Recht als das direkte Resultat einer erhöhten Leberthätigkeit an.

Am häufigsten und der Beobachtung am bequemsten beweist der Schwefel seine Leistungsfähigkeit an der Haut, diesem mit Gefäſsen und Drüsen so sehr reich ausgestatteten Organ. Schon eine nur kurz dauernde Berührung zwischen Haut und Schwefel kann jene unter Umständen zu einer ganz charakteristischen Reaktion veranlassen. Einer meiner Kollegen hatte vor einiger Zeit noch Gelegenheit, dieselbe zu konstatieren. Es handelte sich um einen Patienten, der an chronischem Rheumatismus mit zeitweiliger Exacerbation der Schmerzanfälle litt. Auf meinen Vorschlag, den ich einer, leider nicht notierten Angabe aus der älteren Litteratur entnommen hatte, wurden dem Kranken, als ein neuer Anfall drohte, Hemd und Unterbeinkleider angezogen, die vorher über erhitzten Schwefel gehalten und mit den aufsteigenden Dämpfen gründlich imprägniert worden waren. Nachdem der Patient dann zu Bette gebracht war, stellte sich in kurzer Zeit ein äuſserst profuser allgemeiner Schweiſs ein, dem sofortige Erleichterung von den rheumatischen Schmerzen folgte. Eine spätere Wiederholung desselben Verfahrens bei der nämlichen Veranlassung hatte denselben guten Erfolg. Leider konnte sich der Patient, trotzdem er mit dieser Methode, hinsichtlich ihres Effektes, sehr zufrieden war, zu einer Wiederholung weiterhin nicht entschlieſsen, da sich während des Schwitzens ein zu intensiver Geruch nach flüchtigen Schwefelverbindungen entwickelte.

Es hieſse längst Bekanntes und durch die Erfahrung Bestätigtes wiederholen, wollte ich hier auf das eingehen, was die Schwefeltherapie, von richtiger Indikation ausgehend, bei Hautkrankheiten zu leisten im stande ist. In diesen Blättern ist UNNA zu wiederholten malen für ihre praktische Bedeutung eingetreten, und die Darstellung und Anwendung der Ichthyolpräparate hat die Ausführung der äuſseren Schwefelbehandlung nicht unwesentlich erleichtert. Wenn wir den Satz: Corpora non agunt nisi fluida, etwas einschränken wollen, so kommt es, wie für jedes Arzneimittel, so auch für den Schwefel zunächst

darauf an, ihn in eine Form zu bringen, die es ihm ermöglicht, in kürzester Zeit zur Resorption und damit dann zur Wirkung gelangen zu können. Die theoretische Erwägung läfst es gleichgültig erscheinen, in welcher Verbindung der Schwefel in den Organismus eingeführt wird, um seine spezifische Wirkung dort hervorzubringen. Es sprechen dafür Thatsachen, welche zeigen, dafs der Schwefel, in irgend welcher Form in den Körper gelangend, schliefslich immer über kurz oder lang die für ihn charakteristischen Reaktionen von seiten der Organe hervorruft. Aber das ist selbstverständlich: je feiner verteilt er ist, um so prompter wird seine Wirkung sich entfalten können. Schon VAN SWIETEN betont dies bei Gelegenheit seiner Besprechung über den Wirkungsunterschied des gewöhnlichen, gepulverten Schwefels und der Schwefelblüte. Von letzterer, den Flores Sulphuris, bemerkt er ausdrücklich: „Sic enim divisum (sulphur) pulchrius suas vires exercet in corpore, in usu chirurgorum quoque, ubi exterius applicatur, rectius sufficit." NIESEL, der in meinem Institut an sich und andern Versuche anstellte, fand, dafs schon mit Milchzucker höchst fein abgeriebener Schwefel in täglichen Zentigrammdosen genommen, bei gesunden Personen Symptome hervorruft, die auf seine Wirkung zurückzuführen sind. Um wie viel leichter sie eintreten werden, wenn der Schwefel als Schwefelalkali oder Schwefelwasserstoff (selbverständlich in nicht vergiftender Dosis!) zu wirken im stande ist, braucht an dieser Stelle wohl nur angedeutet zu werden. Alle, die sich für die ganze, hier behandelte Frage interessieren, möchte ich in dieser Hinsicht auf eine, wie es scheint, vergessene Mitteilung von CLEMENS aufmerksam machen. Er schildert eine Massenerkrankung bei Arbeitern, die mit Schwefelwasserstoff verunreinigtes Trinkwasser genossen hatten. Die Genauigkeit und Sorgfalt, mit der CLEMENS die ihm zur Beobachtung gelangten Krankheitssymptome schildert, lohnen das Studium seines Berichtes.

Schon im Eingang dieses Aufsatzes deutete ich an, dafs der Schwefel für den Aufbau und das Leben jeder Zelle von Wichtigkeit sei. In der That gibt es auch kein Eiweifs, weder tierisches noch pflanzliches, an dessen Aufbau der Schwefel nicht beteiligt ist. Besonders ausgesprochen ist seine Anwesen-

heit' in der Epidermis und ihren Gebilden. Allerdings sind, abgesehen von den Haaren und Nägeln, die den Schwefel zu einem Teil gewissermafsen als ein Exkret mit sich führen, die Zahlen nicht sehr erheblich, die die quantitative Analyse für die einzelnen Organe, ihren Schwefelgehalt betreffend, hat aufweisen können. Völlig vermifst wurde er aber nirgends. Es kommt eben beim Schwefel, wie beim Eisen, in erster Linie darauf an, dafs beide im Organismus überhaupt vorhanden sind. „Ich glaube", sagt MULDER, „dafs die kleinen Beimengungen von Schwefel wesentlich sind, und dafs sie eine wichtige Rolle in dem Organismus spielen, betragen sie auch nur halbe und viertel Prozente. Es ist nicht die Quantität der verbundenen Stoffe, welche den Grad der Verschiedenheiten bestimmt, sondern überhaupt nur ihre Gegenwart", — und über die physiologische und therapeutische Stellung, die der Schwefel einnimmt, bemerkt BENEKE: „dafs die physiologische Bedeutung des Schwefels keine geringfügige sein kann, dafür bürgt die Konstanz des Vorkommens, dafür bürgen die oft auffälligen und durch jahrelange Erfahrung geheiligten Wirkungen des Schwefels, Wirkungen, welche uns allerdings mehr in ihren Endresultaten, als in ihren physiologischen Beziehungen klar sind." Aber aus einer grofsen Zahl untereinander im Einklang sich befindender Erfahrungen lassen sich auch Schlüsse ziehen! —

In einem, gemeinschaftlich mit P. STRÜBING publizierten Aufsatz über die Wichtigkeit der Schwefeltherapie für bestimmte Fälle von Chlorose haben wir eine Ansicht über die mögliche Bedeutung des Schwefels für die Elemente der Gewebe ausgesprochen. Denkbar ist es, dafs er vermöge gewisser chemischer Eigenschaften dazu beiträgt, das an und für sich so schwer oxydierbare Eiweifs leichter angreifbar zu machen. Dafs Schwefel in alkalischen Medien bei Anwesenheit organischer Substanz ausgesprochen die Neigung hat, unter Zerlegung von Wasser Schwefelwasserstoff zu bilden, sogar dann, wenn er ursprünglich mit Sauerstoff vereint als Schwefelsäure vorhanden war, ist eine bekannte, fast täglich uns begegnende Erscheinung. Schwefelwasserstoff hat, was ebenso bekannt ist, in hervorragendem Mafse die Eigenschaft, reduzierend zu wirken, also, andern Verbin-

dungen den Sauerstoff entziehend, sich selbst mit ihm zu vereinigen. Die leichte Zersetzbarkeit des Schwefelwasserstoffs zeigt unter anderm auch das Verhalten des als Reagens benutzten Schwefelwasserstoffwassers in den Laboratorien: Nach einiger Zeit wird das Reagens unbrauchbar, der spezifische Geruch ist verschwunden, und auf dem Boden der Flasche liegt der ausgeschiedene Schwefel. Zur besseren Illustration des Gesagten will ich beide Vorgänge; die Entstehung von Schwefelwasserstoff und seine Zersetzung durch Formeln ausdrücken:

$$\text{I.} \quad S + H_2O = H_2S + O$$

$$\text{II.} \quad H_2S + O = S + H_2O$$

Wie leicht ersichtlich, bedingt die Bildung von Schwefelwasserstoff bei I das Auftreten freien, atomistischen Sauerstoffs. Er wird allerdings bei Gegenwart organischer Stoffe, zumal von Eiweifs, nur momentan existieren können, sofort wird er verbraucht, aber Sauerstoffverbrauch eines Körpers ist mit seiner Oxydation identisch. Auch die Existenz des Schwefelwasserstoffs ist eine zeitlich sehr beschränkte, wenn von irgend einer Seite her Sauerstoff, zumal atomistischer, auf ihn einwirken kann. Und dafs gerade zu den Elementen der Gewebe hin diese Sauerstoffströmung eine besonders energische ist, ist eine unbezweifelbare Thatsache, ist die Grundbedingung der Lebensthätigkeit aller Organe. Für die von uns angenommene Existenz des Schwefelwasserstoffs bedingt aber derselbe Vorgang den Zerfall, das Resultat des Zerfalls ist wiederum das Freiwerden von Schwefel, und da dieselben Bedingungen, die wir für den Vorgang I als notwendig erachteten, nach wie vor zur Stelle sind, so kann der ganze Prozefs von neuem beginnen. Es würde also, die Richtigkeit unsrer Anschauung vorausgesetzt, der Schwefel dazu dienen, den Sauerstoffumsatz in den Zellen selbst, um nicht zu sagen „intramolekular", zu unterhalten.

Ich habe diese Auffassung hier mitgeteilt, weil sie mir nicht ungeeignet scheint, wenigstens ein Streiflicht auf die vorderhand noch so wenig durchsichtige und doch von Männern wie Mulder und Beneke in ihrer Wichtigkeit erkannte Aufgabe zu werfen, die der Schwefel im organischen Leben zu erfüllen berufen ist. Dafs die Umsetzungsprozesse, die der Schwefel durch-

macht, momentan verlaufende sind und sein müssen, liegt auf der Hand. Momentan verlaufen die Reaktionen innerhalb der Gewebe, als deren Endeffekt wir jeden Gedanken, jede Muskelleistung, überhaupt jegliche Organarbeit zu betrachten haben. Und die Rolle, die der Schwefel als eine Art von Sauerstoffüberträger nach unsrer Auffassung spielt, stellt ihn hinsichtlich seiner Wirkung auf dieselbe Stufe, die so viele als Arzneimittel benutzte Körper einnehmen, als deren Repräsentanten wir nur das Eisen und das Arsen hier heranziehen wollen. Es mag ja sein, dafs nicht Schwefelwasserstoff, sondern irgend eine andre Schwefelverbindung das Zwischenglied seiner Wirkungsphasen ausmacht. Wollen wir aber mit möglichst einfachen und dadurch auch möglichst klaren Verhältnissen rechnen, so ist die von uns unterstellte Annahme einer intermediären Verbindung mit dem einen Element des überall vorhandenen Wassers unter gleichzeitiger Aktivierung des andern jedenfalls die handlichste. In physiologischer Menge vorhanden, wird der Schwefel durch die Art seines Wirkens keinerlei Erscheinungen bedingen, die wir als von der Norm abweichende auffassen können, ebenso wenig wie die für den Organismus notwendige Menge von Eisen das thut. Wird aber die Schwefelbilanz nach der negativen oder positiven Seite auch nur um ein geringes überschritten, so müssen pathologische Zustände die notwendige Folge davon sein. Voraussichtlich wird sich eine solche Bilanzstörung besonders deutlich an dem Organ präsentieren, das auf einen Schwefelgehalt von einiger Höhe direkt angewiesen ist, der Haut. Aber auch an andern Organen, unter Umständen sogar im Verhalten des ganzen Körpers wird sich ein Fehler im Schwefelgleichgewicht geltend machen müssen. Die Art und Weise der hieraus resultierenden Krankheitserscheinungen hängt selbstverständlich ab von der speziellen Beschaffenheit und Thätigkeit des oder der betroffenen Organe, ihre Reaktion ist bedingt und zugleich auch beschränkt durch ihre Eigenart. Immer wird ein Abweichen von der Norm als ein Reiz empfunden, und die jedem Organ möglichen Formen der Reaktion auf diesen Reiz sind seine unausbleibliche Folge. Es hat der Schwefel unbedingt eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Arsen in seinem Wirken, auch dieses regt in vorsichtiger Dosis

gewisse Organe zu gesteigerter Thätigkeit an, vermehrt den Gesamtstoffwechsel und kann in der verschiedensten Richtung heilkräftig wirken. Der grofse Unterschied zwischen Schwefel und Arsen liegt aber darin, dafs dieses für den Organismus immer etwas Fremdes ist und anfserdem viel aggressiver vorgeht, der Schwefel dagegen sich mehr dem Verhalten des Eisens anschliefst. Ebenso wie es gelingt, durch Eisen die blutbereitenden Organe mächtig zu erneuter Thätigkeit anzuregen, wenn ihre Arbeitskraft gesunken ist, ebenso wirkt auch der Schwefel auf die seinem Einfluſs, besonders unterworfenen Gewebe. Bei mangelnder normaler Energie und daraus resultierenden pathologischem Verhalten von Hautwunden z. B. befördert, wie die Beobachtungen Unnas über die Wirkung von Schwefelsalben bei mangelnder Tendenz zur Überhäutung und Vernarbung ergaben, der Schwefel den erwünschten Heilungsvorgang. Wunden dagegen, die bei sonst gesunden und normalen Arbeitern aus irgend welcher Ursache entstanden waren, sah Clemens unter der Infektion mit Schwefelwasserstoff ein schlechtes Äufsere annehmen und ihre Verheilung dadurch wesentlich verzögert werden. Im ersten Fall war die Reizwirkung des Schwefels eine notwendige, darum auch in ihren Folgen erwünschte. Im letzteren lag eine Notwendigkeit für ein Mehr in seiner Anwesenheit nicht vor, und der Umstand, dafs es doch durch nähere Verhältnisse herbeigeführt war, mufste pathologische Erscheinungen auftreten lassen. Ebenso wie der Schwefel nach seiner inneren oder äufseren Applikation, sobald er überhaupt in das Gewebe eindringt, entzündliche Vorgänge in der Haut hervorzurufen im stande ist, ebenso auch vermag er scheinbar ganz ähnliche Affektionen desselben Organs zum Schwinden zu bringen, wenn ein Plus an Schwefel dort notwendig wird, um eine, die Heilung erst ermöglichende, gesteigerte Thätigkeit der Haut in Scene zu setzen. Schwefel ist, wie das Eisen, ein therapeutisch hochwichtiger Körper, nicht nur für die Hauttherapie, sondern auch für eine ganze und grofse Reihe von Krankheitsformen, bei denen das physiologische Gleichgewicht durch seinen Gebrauch wieder hergestellt werden, die Thätigkeit und damit auch die Resistenzfähigkeit der Organe der Norm wieder möglichst gleichgebracht werden mufs.

Ein paar Fragen sind es noch, die ich an diesem Orte behandeln möchte, weil sie für die Pharmakodynamik des Schwefels von allgemeinerem Interesse sind. Dafs bei einer chemischen Blei- oder Quecksilbervergiftung der Gebrauch der Schwefelwässer von anerkanntem Nutzen ist, steht fest. Durch eine richtig ins Werk gesetzte und durchgeführte Schwefeltherapie wird die Ausscheidung der Metalle mefsbar gefördert. Der Grund dafür kann nur der sein, dafs der Schwefel unter diesen Umständen anregend auf die sezernierenden Organe wirkt und ihre Leistungsfähigkeit in nutzenbringender Weise steigert.

Die vielfach noch gehörte, meines Wissens zuerst von Lambrois ausgesprochene Ansicht, als ob der Schwefel bei einer chemischen Metallvergiftung zunächst und wesentlich dadurch wirke, dafs er im Körper Schwefelmetalle sich bilden lasse, ist sicherlich nie ernst gemeint gewesen. Denn löslicher, als das Metall in Form eines Albuminates im Organismus sich befindet, wird es durch seine Überführung in Schwefelmetall auch nicht. Unlöslicher aber, und damit auch unwirksamer ebenso wenig. Denn wenn es der Thätigkeit der Organe gelingt, fein verteiltes metallisches Blei oder Quecksilber allmählich in lösliche und resorbierbare Verbindungen umzuwandeln, so ist doch gewifs nicht abzusehen, weshalb gerade die Schwefelmetalle sich des Vorrechtes besonderer Unlöslichkeit innerhalb des Organismus und seiner Gewebe erfreuen sollten. Die Sache wird sofort klar, wenn wir von dem Gedanken ausgehen, dafs der Schwefel den unter dem Einflufs der Metallkachexie stehenden Organen eine neue Anregung gibt, die sie in den Stand setzt, energischer als vorher funktionieren und eine vermehrte Ausscheidung aller, für sie unbrauchbarer und schädlicher Stoffe durchführen zu können. Ich stelle mich in dieser Hinsicht durchaus auf den, schon von A. Overbeck vertretenen Standpunkt, der die Lambroissche Anschauung mit den Worten verwirft: „Indes ist eine solche spezifische Beziehung“ — des Schwefels zu den Metallen — „doch sehr fraglich. Genügt nicht schon der Umstand, dafs die Schwefelwässer eine wichtigere Förderung des Stoffwechsels, eine lebhaftere Steigerung aller Sekretionen hervorrufen?“

Eine weitere, allerdings noch sehr diskussionsfähige Frage

ist die: Wie erklärt sich die Erscheinung, dafs bei latenter Lues durch den Gebrauch des Schwefels die charakteristischen Krankheitssymptome wieder auftreten können? STRÜBING und ich haben gezeigt, dafs es Fälle von Chlorose gibt, bei denen die gewohnte und beabsichtigte Reaktion des Gesamtorganismus auf Eisen nicht eintritt, sich vielmehr erst entwickelt, nachdem vorher Schwefel gereicht worden ist. Im Einklang damit steht eine Äufserung von LERSCH: „Die Schwefelwässer können bei Malaria dadurch von Nutzen sein, dafs sie den in Unthätigkeit verfallenen Organismus zu einer neuen Thätigkeit beleben, so dafs er für Chinin wieder empfänglich wird.“ Danach wäre also der Schwefel befähigt, den aus irgend welchem Grunde in seiner Reaktionsfähigkeit bestimmten Reizen gegenüber geschwächten Organismus wieder auf einen gewissen Höhepunkt heraufbringen zu können. Setzen wir den Fall, dafs infolge früher manifester, dann latent gewordener, also immer noch verhandener Lues schliefslich eine Art von Ermüdungszustand bestimmter Organe sich entwickelt hat, der sie unfähig macht, in der ihnen eignen Art auf das luetische Gift zu reagieren, so mufs das Wiedererwachen dieser Fähigkeit eine der ersten Wirkungen sein, die wir von einer nun eingeleiteten Schwefeltherapie zu erwarten haben. Erst in ihrem weiteren Verlauf unter gleichzeitiger Zuhilfenahme geeigneter anderweiter Medikamente tritt dann der beabsichtigte Heilerfolg ein. Diese Annahme entbehrt nicht gewisser Stützen, die sich aus Beobachtungen der Praxis ergeben. Ich erinnere nur an die, von LERSCH citierte Angabe von ZAEGEL, der unter dem Gebrauch der Eilsener Schwefelquellen langjährige Drüsenanschwellungen am Halse sich zunächst entzünden und vereitern, scheinbar also verschlimmern, dann aber in definitive Heilung übergehen sah. Ebenso teilt derselbe Autor Fälle mit, wo bei chronischem Merkurialismus beim Gebrauch von Schwefelwässern zunächst Speichelfluſs eintrat. Und endlich bemerkt V. WEBER als Erstwirkung des Schwefelbades Alvenen, dafs früher empfundene Neuralgien und rheumatische Schmerzen in manchen Fällen wieder erwachten, um dann nach einigen Tagen dauernd zu verschwinden.

Ich will mit dem hier Gesagten die eben behandelte Frage

in keiner Weise als erledigt betrachten. Das Kapitel von der Schwefelwirkung ist ein so umfangreiches, bietet für die Arbeit im Laboratorium und die Beobachtung in der Praxis noch so viele zu erledigende Fragen, dafs für alle einzelnen Momente eine bündige Antwort erst mit der Zeit zu erwarten ist. Darunter leidet aber das Interesse in keiner Weise, das der Schwefel berechtigter Weise für sich in Anspruch nimmt, da, wo es sich um seine medizinische Verwendbarkeit handelt. Überall da, wo es der Medizin gelungen ist, Mittel ausfindig zu machen, die auf bestimmte einzelne Organe oder unter gewissen Bedingungen auf den ganzen Organismus eine genau zu präzisierende Wirkung zu entfalten vermögen, hat sie sich ihrer auch bei richtig gestellter Indikation mit Erfolg bedient. Nur das schematische Arbeiten mit den Arzneimitteln ohne eingehende Würdigung und Schätzung dessen, was im einzelnen Fall von ihnen geleistet werden kann und was nicht, das Behandeln einzelner Symptome ohne Beachtung des sie bedingenden Grundleidens, hat so manches altbewährte Stück aus der Materia medica als „unwirksam", „obsolet", oder „vielfach überschätzt" bei seite stellen lassen und trägt nicht zum kleinsten Teil die Schuld an dem Hasten und Suchen nach ganz neuen, schliefslich doch viel weniger genau bekannten und erkannten Mitteln. Oder sollen z. B. grade hinsichtlich der therapeutischen Bedeutung des Schwefels jahrhundertelang Ärzte, deren Namen wir noch heute mit Achtung aussprechen, von Einbildung befangen gewesen, und die von ihnen übereinstimmend beobachteten Resultate lediglich Irrtümer gewesen sein? Das Studium der alten Ärzte und die Betrachtung ihrer Erfolge von unserm heutigen Standpunkt der Wissenschaft aus, eine sorgliche Nachprüfung dessen, was sie uns überliefert haben, gibt uns auch für die Fälle erwünschte und schätzenswerte Fingerzeige, wo die Erklärung des Weshalb? in der Wirkung eines Medikaments noch nicht völlig spruchreif geworden ist. —

Litteratur.

Cardilucius, *Königlicher chymischer und artzneiischer Palast.* Nürnberg 1684. — Van Swieten, *Specimen materiae medicae contractae.* Lüttich 1740. — Geoffroy, *De materia medica tractatus.* 1742. — A. von Humboldt, *Versuche über die gereizte Muskel- und Nervenfaser.*

Berlin 1797. — Ebn Beithar, *Grofse Zusammenstellung etc.* Deutsch von Sontheimer. Bd. II. Stuttgart 1842. — Mulder, *Versuch einer allgemeinen physiologischen Chemie.* Bd. II. 1844—1851. — Clemens, *Henle u. Pfeufers Zeitschrift f. rat. Medizin.* Bd. VIII. 1849. — Liebig, *Einleitung in die Mineralquellenlehre.* Bd. I. 1855. — Overbeck, *Buchners N. R.* Bd. XI. 1862. — Demarquay, a. a. O. Bd. XIV. 1865. — V. Weber, *Das Schwefelbad Alvaneu.* Chur 1868. — Beneke, *Grundlinien der Pathologie des Stoffwechsels.* Berlin 1874. — Reumont, *Valentiners Handb. d. Balneotherapie.* 1876. — Cantani, *Centralbl. f. d. m. Wissensch.* No. 16. 1882. — Unna, *Berl. klin. Wochenschr.* No. 35. 1883. — Max Niebel, *Über die Wirkung fortgesetzter kleiner Dosen von Schwefel beim gesunden Menschen.* Greifswald 1887. — H. Schulz u. P. Strübing, *Deutsche med. Wochenschr.* 1887.

Greifswald, Januar 1888.

Referate.

Das Kontagium der Syphilis, von Dr. J. Disse und K. Taguchi (Tokio). Mit 12 Tafeln.

In vorliegender Arbeit, in vorzüglicher Ausstattung, bringen die Verfasser die Einzelheiten ihrer Untersuchungen und die beweisenden Experimental-Befunde der in der vorläufigen Mitteilung (*Dtsch. med. Wochenschrift.* 1885. No. 48) angekündigten Diplokokken der Syphilis.

Den, der sich selbst experimentell mit der Frage beschäftigen will, verweisen wir betreffs der Einzelheiten aufs Original. Wir halten uns im Referat nicht an den Gang der Arbeit, sondern stellen zusammen, was uns als die Ansicht der Verfasser negierend oder bestätigend und was sowohl für als gegen dieselben zu sprechen scheint.

Zunächst gelang es niemals, trotz der Impfmethode: flacher Schnitt, meist an der Innenseite der Ohrmuschel und Eintragen eines Teiles einer Reinkultur in die Wunde — einen Primäraffekt zu erzeugen; denn der einzige, von den Verfassern zaghaft hierfür herangezogene Fall (bis zum 18. Tage bestehende Verhärtung am Ohr eines Kaninchens) dürfte im Ernst kaum hierfür gelten. Zweitens fehlt jede Haut- und besonders Schleimhauterkrankung. Drittens sind zum Teil Organe befallen, die speziell in der Weise beim Menschen nie oder höchst selten erkranken — besonders die Nieren — oder wenn sie erkranken, durchaus andersartig, z. B. am Herzen, wo derartig flache käsige Nekrosen, wie die Verfasser sie beschreiben, kaum vorkommen. Ferner ist sehr ungünstig für eine positive Annahme, dafs die am heftigsten infizierten Tiere Kaninchen waren, die sich sonst gerade gegen Infektion mit syphilitischem Gift so vollständig negativ verhalten haben; weiter dafs diese hochgradigen Veränderungen schon nach so verhältnismäfsig kurzer Zeit konstatiert wurden (s. Tab. I. No. 1, am

20. Mai geimpft und am 20. Juli getötet). Besonders aber scheint No. 11, Tab. I. dem zu widersprechen, dafs es sich um wirkliche Syphilis handelt. Eine infizierte trächtige Hündin wirft Novbr. 1885 Junge, die erkrankt waren. Juni 1886 werden vollständig gesunde Junge geworfen, deren Blut keine Diplokokken enthielt. Ob die Mutter zu dieser Zeit noch diplokokkenhaltiges Blut hatte, ist nicht angegeben. —

Ebensowohl für wie gegen die Ansicht der Verfasser lassen sich die pathologischen Befunde an Lunge, Leber, Herz und Nieren verwerten; ganz besonderes Gewicht legen sie auf die Arterienerkrankungen. Es gibt aber viele krankhafte, besonders septische Prozesse, die ähnliche Veränderungen an den Gefäfsen hervorrufen, durch Thromben und Emboli; und eben darauf können auch alle Befunde an den Lungen, Herzen, Leber zurückgeführt werden: Infarkte, zurückgebildete Infarkte, also Narben und Detritus, deutliche Embolien in frischeren Fällen. Eher möchte schon die Erkrankung der Placenta, besonders der Placenta foetalis auf Lues hinweisen, obwohl die an der Placenta materna beschriebenen Veränderungen durchaus nicht gerade typisch sind für Syphilis.

Positiv verwerten lassen sich für die Verfasser folgende Punkte. Zunächst wollen wir hier vorausschicken, dafs ja möglicherweise und wahrscheinlich Syphilis eine nur auf Menschen übertragbare Krankheit ist, so dafs also, selbst wenn wir den spezifischen Diplokokkus hier haben, nie den menschlichen analoge Befunde bei Tieren gemacht werden können.

Es gelang den Verfassern stets, und nur bei Syphilitischen, die von ihnen als spezifisch bezeichneten Diplokokken im Blute nachzuweisen; dieselben Diplokokken konnten wieder stets im vorher frei befundenen Blute der Versuchstiere nachgewiesen und aus demselben in Reinkulturen gezüchtet werden.

Weiter ist entschieden, und sehr eindrucksvoll, die an den Embryonen konstatierte Osteochondritis für die Ansicht der Verfasser zu verwerten, dafs es sich um den spezifischen Diplokokkus der Syphilis handelt. —

Als bedeutende Mängel müssen wir bezeichnen: 1. dafs jede Mitteilung über Gehirnbefunde fehlt, und dafs 2. jede klinische Beobachtung der geimpften Versuchstiere, die gerade zur Unterscheidung von etwaiger Sepsis etc. so wichtig wäre, fehlt. —

Die zum Teil etwas zu stark gefärbten Tafeln gestatten nicht eine entscheidende Anschauung zu gewinnen.

Hamburg. VON DÜRING.

D. E. LESSER, **Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten**, für Studierende und Ärzte. II. Teil. Geschlechtskrankheiten. 5. verbesserte und vermehrte Aufl. Leipzig, F. C. W. VOGEL. 1887.

Das Lehrbuch enthält in knapper klarer Darstellung alles, was der Studierende braucht. Wie es in einem Lehrbuch sein soll, sind theoretische und kritische Erörterungen fast ganz vermieden.

Wenn aber im Titel das Buch als ein Lehrbuch auch für Ärzte bezeichnet wird, so können wir nicht zugeben, dafs es diesen Zweck zu erfüllen imstande ist. Der Arzt, der sich über schwierige Fälle der Praxis orientieren will, wird vergebens sich im Lesserschen Lehrbuch Rats zu erholen suchen; doch genügt der Inhalt für den Studierenden vollkommen.

Auch die Einteilung des Stoffes erscheint uns nicht besonders glücklich. Weshalb ist z. B. das Kapitel über Uretralstrikturen vom chronischen Tripper getrennt — während sie doch schon der Therapie wegen wenigstens hintereinander abgehandelt werden sollten. Ähnliche Bemerkungen könnte man auch über die Diagnose und die Therapie der Syphilis, speziell der Primäraffektion machen. —

Die Textabbildungen und Tafeln sind gut und instruktiv und für den Ungeübten von Nutzen. Das neuhinzugefügte Kapitel über Conjunctivitis gonorrhoica enthält alles Wissenswerte.

Hamburg. von Düring.

Silva Araujo, **Atlas des maladies de la peau.** Heft 1—3. Rio de Janeiro 1883—87.

Es mufs jeden Dermatologen eine eigentümliche Freude verursachen, einen dermatologischen Atlas anzuzeigen, welcher in einer dem Europäer zugänglichen Sprache (französisch) und prachtvoller Ausstattung in Brasilien erscheint, einem Lande, welches erst in neuester Zeit unsrer Spezialität beachtenswerte Beiträge geliefert hat. Es spricht sich hierin nicht nur das überall wachsende Verständnis für die grofse Bedeutung unsrer Wissenschaft aus, sondern auch die Begeisterung des Autors für unser Fach, und wir hoffen, dafs die letztere nicht — wie bei so manchen Atlassen — mit der Zeit erlahme. Wenn wir uns erlauben dürfen, demselben einen guten Rat zu geben, so möge derselbe sich in Zukunft hauptsächlich auf diejenigen (tropischen) Hautkrankheiten beschränken, welche in Europa und Nordamerika weniger bekannt sind. Dann wird demselben das dauernde Interesse der europäischen Kollegen gesichert bleiben. Atlasse können entweder populär und für den allgemeinen Praktiker verfafst werden; dann müssen sie billig und handlich sein, alles bringen und rasch erscheinen. Ein Prachtwerk aber wie dieses gehört wohl nur, schon wegen des Kostenpunktes und langsamen Erscheinens, auf den Tisch des Spezialisten und der Bibliothek, dann wird jedoch ein brasilianischer Autor jedenfalls sein Ziel, Nutzen zu schaffen, am besten erreichen und behaupten durch Vermeidung der in Europa gewöhnlichen Dermatosen und Beschränkung auf diejenigen Hautkrankheiten, deren Kenntnisse bei uns noch sehr lückenhaft sind, und wo wir jeden historischen und sachlichen Beitrag zur Pathologie und Therapie, besonders wenn er in dem Gewande der Monographie und des Atlasses erscheint, mit grofser Freude begrüfsen.

Die Tafeln sind von Herrn Lopes Rodrigues sehr hübsch entworfen und in sechs Farben ausgeführt. Die Chromolithographien stehen auf der Höhe dieser Kunst, reichen jedoch bekanntlich niemals aus, um eine exakte Differentialdiagnose zu ermöglichen. Die Scutala der Tafel 1 und die Pusteln der Tafel 2 unterscheiden sich denn auch hier kaum voneinander.

Das erste Heft gibt eine klinische Vorlesung über Favus und wird durch eine Chromolithographie des von Favus befallenen Kopfes von einem in der allgemeinen Poliklinik von Rio de Janeiro beobachteten Mädchens illustriert. Die Vorlesung beschäftigt sich hauptsächlich mit der diagnostischen und therapeutischen Seite der Affektion. Sie enthält u. a. eine Zusammenstellung der Autoren über den Mausgeruch des Favus, dem Silva Araujo diagnostischen Wert zuschreibt. Wir entnehmen ihr weiter die Titel zweier bei uns wenig bekannter Arbeiten über Araroba und Chrysarobin: 1. von Victorino Pereira, Professor der Chemie in Bahia, *Gazeta medica de Bahia*. Bahia 1881. 2a. serie. Vol. V. No. 8. Fevereiro. p. 361—370, und 2. von Dr. Joaquim Macedo de Aguiar, *Memoria sobre a Araroba*. Bahia 1879. 153 p., jene von chemischem, diese von klinischem Interesse. Nach eignen Erfahrungen empfiehlt S. das Resorcin neben Phenol. Zum Abweichen der Krusten dient ihm ein Kataplasma von Manihot utilissima und Cucurbita pepo, da Leinsamenkataplasmen in der dortigen Hitze zu rasch verderben.

Das zweite Heft beschäftigt sich mit der Trichomykosis pustulosa barbae (Auspitz). Die Tafel stellt die Sykosis parasitaria (Herpes tonsurans) eines jungen, nebenbei mit Syphilis behafteten Mannes dar (? Ref.). Die klinische Vorlesung gibt einen kurzen historischen Abrifs der Entdeckung des Ararobapulvers durch Silva Lima in Bahia für die Dermatotherapie. Aufser diesem Autor und den oben genannten Verfassern hat in Brasilien selbst dieses Mittel viel weniger Bearbeitung gefunden als in Europa. Silva Araujo verwendet Chrysarobin in Vaselinsalben von der Stärke 0,1 — 1,0 : 30, stets mit der schwächsten Dosis beginnend, bei allen Dermatomykosen. Unter andern Antiparasiticis macht er Salben von gepulvertem Kaffee (1 : 30 Vaselin) namhaft und erwähnt, dafs er zuerst den Kaffee äufserlich als pilztötendes, benarbendes Mittel gebraucht habe. Ein zweiter Abschnitt desselben Heftes gibt eine ausführliche Beschreibung des histologischen Befundes, aus der mit Sicherheit die Identität des abgebildeten Haares mit Herpes tonsurans nicht hervorgeht, da Silva Araujo merkwürdigerweise nur in einem Präparate Mycelien gefunden hat; sonst nur Gonidien (Kokken?). Die abgebildeten Zooglöen sprechen jedenfalls für eine Mehrheit der vorhandenen Organismen. Wir dürfen daher auch nicht verschweigen, dafs dieser Befund eher für die Auffassung de abgebildeten Falles als eines von gewöhnlicher Sykosis simplex spricht (sog. Sykosis non parasitaria; nach Bockhart, dem ich vollkommen beistimme, einer durch Staphylokokken erzeugten Trichomykosis); die klinische Beschreibung Silva Araujos und die Abbildung sprechen keinenfalls

dagegen, da es sich hier lediglich um Pusteln und nicht um die bei Herpes tonsurans barbae viel häufigeren und wichtigeren Knoten handelt welche unförmliche Geschwülste hervorrufen und das subkutane Gewebe weithin unterminieren.

Weit mehr wissenschaftlichen Wert beansprucht Heft 3, welches über Elephantiasis (Lymphskrotum, Filariose) handelt und speziell über die von Silva Araujo für dieses Leiden eingeführte und mit Erfolg betriebene elektrische Behandlung. Die erste erfolgreiche Behandlung derart, welche durch eine Photographienserie veranschaulicht wird, betraf einen Fall von Elephantiasis der Beine und des Skrotums mit Chylurie aus dem Jahre 1877. Von 1879—1886 übte Araujo diese Behandlung in Gemeinschaft mit Moncorvo, welcher anstatt des bis dahin benutzten Induktionsstromes den konstanten substituierte. Später brauchten beide Autoren aufserdem noch die Elektrolyse und behandelten überhaupt 72 Patienten zusammen. Inzwischen hat Araujo noch 328, in Summa also 400 Patienten dieser Behandlung unterworfen. Fast jedes Jahr seit 1877 hat derselbe über seine sich mehrenden Erfahrungen berichtet. Von den zwölf einschlägigen, meist in portugiesischer Sprache erschienenen Aufsätzen aus der Feder von Moncorvo und Araujo erwähnen wir die folgenden, welche dem europäischen Leser eher zugänglich sind: Sur le traitement de l'éléphantiasis des Arabes par l'emploi simultané des courants continus et des courants intermittents. *Comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris.* XC. No. 16. 19. April 1880. pag. 933. Weiter: Berichte über denselben Gegenstand im *Journal thérapeutique* von A. Gubler Paris. No. 1. 10. Jan. 1882, und an die *Académie des sciences de Paris.* 1881. 28. Febr. (durch Gosselin) und an dieselbe 1884. Historische Nachforschungen ergaben, dafs schon Hendy die elektrische Behandlung erwähnt, später Alard und dafs Beard und Rockwell sie ebenfalls unabhängig von Araujo geübt haben. Araujo glaubt durch den Induktionsstrom die dilatierten, paralytischen Lymphgefäfse zur Kontraktion zu bringen, Moncorvo durch den konstanten Strom auflösend auf die neugebildeten jungen und durch die Elektrolyse auf die verhärteten, alten Gewebsmassen zu wirken. Nachdem der Autor die elektrischen Prozeduren genauer beschrieben hat, gibt er eine eingehende Statistik über Rasse, Nationalität, Geschlecht, Alter, Beschäftigung der 400 Kranken, über Form, Sitz, Dauer der Affektion, weniger dagegen über den Verlauf und endlichen Ausgang der Fälle. Übrigens ist Araujo weit davon entfernt, an eine universelle Wirksamkeit der Elektrizität zu glauben und zieht die Massage und Kompression mittels elastischer Binde als Unterstützungsmittel heran.

Unna.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Österreich.

Ein seltener Fall **multipler Chondrombildung** wird von Ludwig Frey aus der Mosetig Moorhofschen Abteilung in der *Wr. Med. Pr.* (No. 28. 1887) berichtet. Die musterhafte Beschreibung wird von einer guten Zeichnung des ganzen Körpers des 22-jährigen Patienten begleitet, die jedem Werke über Geschwülste als empfehlenswertes Aushängeschild Ehre machen würde. Wer aber den Stil so beherrscht wie Frey, sollte banal klingende Sätze vermeiden, wie den „ein tieferer Einblick in das gegenwärtig noch geheimnisvolle Walten organisierender Naturkräfte" etc. Hallers berühmter Spruch trifft doch wohl in seiner Kürze das Richtige, und Haller war auch ein denkender Arzt. — Glückliche Treffer hat aber auch Frey. Wo er die Sehnen und Gefäfse innerhalb des Tumors — wie sie in rinnenförmigen Aushöhlungen verlaufen — als tunnelartige Formationen bezeichnet, erleuchtet er blitzartig das Hirn selbst harmloser Leser. Und schliefslich sei der Schlufs der Arbeit citiert: „Wir haben es, wie sich der Zendavesta ausdrücken würde, noch mit Ormudz und nicht mit Ahriman zu thun." Gute Götter! Lafst die Chondrome auch zu euch zählen.

Franz Heller (Wien) beschreibt einen seltenen Fall von **akutem Jodismus** (*Wr. med. Pr.* 1887. No. 28). Verf. wendete bereits zwei Wochen nach dem Primäraffekt Hydrarg. bichlor. 2 cg pro die, jeden 2. Tag um ½ cg steigend, an. Nach 11 Tagen Salivation, deshalb Jodkali. Das vorher schon zu Ekzem und Ekchymosen neigende 30-jährige sonst kräftige Individuum bekommt nach ¾ g Jodkali Jodismus, der nach 1½ g sehr stark wird. Dazu an der Volarfläche kleine rote Blutextravasate, sehr heftig schmerzend. Langsamer Rückgang nach sofortigem Aussetzen des Jod.

Wieder ein Fall, der gegen prophylaktische Kuren der Syphilis spricht!

München. Pauly.

Amerika.

Über angeborene Phimosis, von Dr. W. S. Steward (Philadelphia. (*The Journal of the American Med. Assoc.* Nov. 19. 1887.) Die angeborene Phimose ist durch Kontraktion oder mangelhafte Elastizität der Präputialschleimhaut verursacht; die Oberhaut ist nachgiebig und genügend dehnbar. Die Entfernung der überflüssigen Vorhaut bei der Beschneidung hebt das Übel nicht, da das Präputium ohne vorherigen Einschnitt nicht über die

Schleimhaut hinweggezogen werden kann. Es kommt darauf an, dafs die Eichel und die Teile hinter der corona glandis jederzeit leicht zugänglich sind. Zu diesem Zweck wendet STEWART ein Instrument an, das aus vier Blättern besteht und wie eine Schere gehandhabt wird. Das geschlossene Instrument wird vorsichtig in die Öffnung der Vorhaut hineingeschoben, wobei man das Eindringen in den meatus urinarius zu vermeiden hat, dann werden die Blätter allmählich voneinander entfernt, bis die Vorhaut genügend erweitert ist. Jede plötzliche oder heftige Dehnung, durch welche die Vorhaut zerrissen würde, beeinträchtigt den Erfolg der Operation wesentlich.

Implantierte Watte (Cotton grafting). Dr. M. PERL, Honston. Texas (*The Journal of the American Med. Association.* 12. Nov. 1887) behandelte ein 18-jähriges Mädchen an einem, durch Verbrennung entstandenen Geschwür des rechten Unterschenkels. Das Geschwür war 3—4 Zoll im Durchmesser und etwa $^1/_8$ Zoll tief; die Ränder schwielig und nach innen gekehrt. — Drei Monate lang war jede örtliche und allgemeine Behandlung und vorsichtige Diät von so gut wie keinem Erfolg. In Ermangelung von Schwammstücken (sponge grafts) nahm Dr. P. Verbandwatte; Am Tage vorher hatte er ein dickes Stück Kanthariden-Kollodium aufgelegt, wodurch die Oberfläche und die Ränder des Geschwüres leicht entzündet erschienen. Dies war der geeignete Zeitpunkt. Ein Stück Verbandwatte, das genau in das Geschwür hineinpafste, wurde mit einer 2 ‰igen Sublimatlösung getränkt, ausgedrückt und locker auf das Geschwür gelegt; alsdann mit Heftpflaster befestigt; darüber wurden noch Borwatte und antiseptische Gaze gelegt; das Ganze fest umwickelt. Als man nach 4 Tagen den Verband unter $^2/_{00}$ Sublimatlösung entfernte, haftete die Watte fest an dem Geschwür. Zwei Tage später zeigte sie eine fleischähnliche Farbe und ragte nur wenig über die Oberfläche hervor. Nach weiteren zwei Tagen war sie vollkommen fleischfarben; die Geschwürsränder waren flach und hatten sich über den Wattebausch hinübergeschoben. Vierzehn Tage später war das Geschwür geheilt.

Ulcus rodens durch Milchsäure geheilt. Dr. CLARENCE HOLLISTER, Meadville Penna, schildert (*Medical and surgical Reporter*) den Fall genau so, wie er in ERICHSENS Chirurgie beschrieben ist. Er drang auf chirurgische Entfernung. Der Kranke war damit einverstanden, verlangte aber zuvörderst noch einen vierzehntägigen Versuch mit Milchsäure. Dr. H. willigte ein und war angenehm überrascht, als nach Ablauf der zweiten Woche der Tumor so gut wie verschwunden war. Nach weiteren 8 Tagen zeigte die Wange des Kranken nur noch eine leichte Röte.

Ist Lepra ansteckend? von Dr. E. M. HIESTAND, Philadelphia. (*The Medical Register.* 19. Nov. 1887.) Dieser kleine Aufsatz von Dr. H. kam dadurch zu stande, dafs der Beamte des Gesundheits-Amts (Board of Helth)

zu Philadelphia zwei Fälle von Lepra veröffentlicht hatte, die von Süd-Amerika eingeschleppt waren, und die Dr. VAN HARLINGEN, so lange er sie in Behandlung hatte, geheim hielt. Dr. V. H. erblickte darin keine Gefahr für die Gesamtheit. Das Leiden sei nur in geringem Grade ansteckend, und eine Reihe von Leprakranken habe sich innerhalb der letzten zehn Jahre zu verschiedenen Zeiten frei in der Stadt (Philadelphia) bewegt, ohne irgendwie die Krankheit weiter zu verbreiten. Dr. HIESTAND ist andrer Ansicht; solche Sorglosigkeit kann die schlimmsten Folgen haben, und er führt aus einem eben erschienenen Buch von Dr. J. W. SHOEMAKER über Hautkrankheiten den Satz an: „So beschämend und so bedauerlich es auch klingen mag, so mufs ich doch erklären, dafs Lepra völlig unheilbar ist, und dafs die Gesunden nur durch strenge Absonderung leprös Erkrankter vor Ansteckung geschützt werden können." In demselben Werk bezeichnet Dr. S. die Lepra als „eine chronische, bösartige, ansteckende Allgemeinerkrankung", und fährt dann nach einem kurzen Überblick über die Geschichte des Leidens fort: „Vor vierzig Jahren wurde die Lepra durch chinesische Tagelöhner nach den Sandwich-Inseln eingeführt; jetzt sind 4500 Personen, d. h. der zehnte Teil der ganzen Bevölkerung, damit behaftet." — Dr. HIESTAND meint, dafs diese Thatsache sich nur durch die Ansteckungsfähigkeit der Lepra erklären lasse. Jedoch sei es bis jetzt noch nicht gelungen, die Art und Weise und die Bedingungen der Übertragung nachzuweisen. Er läfst also der Ansicht VAN HARLINGENS volle Gerechtigkeit widerfahren und lobt seine humanitären Beweggründe, hält es aber im vorliegenden Falle für durchaus verkehrt und gefährlich, die beiden Leprösen nicht abzusondern, selbst wenn ihre Krankheit erst im Entstehen begriffen war.

Über einen Fall von Vitiligo, von Dr. W. D. BIDWELL, Leavenworth. (*The Medical Register*. 8. Oktober 1887.) Es handelt sich um einen 50-jährigen Landmann, Vater von acht gesunden Kindern, der immer durchaus mäfsig lebte. Für sich selber hat er nie einen Arzt gebraucht. Sein Vater, sowie sieben Brüder und drei Schwestern sind noch am Leben. Seine Mutter starb hochbetagt. In der Familie nichts von Erblichkeit. Das Haar des Patienten ist ganz grau. Sein Vater und sämtliche Familienmitglieder ergrauten früh. Dies frühe Grauwerden ist das einzige Abnorme, das in der grofsen Familie nachgewiesen werden konnte. — Vor sieben bis acht Jahren bemerkte Patient zuerst weifse Flecke auf seiner Hand und an seinem Körper. Sie vermehrten sich allmählich nach Zahl und Gröfse und bedecken jetzt den ganzen Körper. Sie schwanken in ihrer Gröfse von drei viertel Zoll im Durchmesser, bis zu winkeligen Flächen von acht bis zwölf Quadratzoll am biceps und auf der Brust. Die oft erwähnte Anhäufung von Pigment ringsum die weifse Flecke ist hier nicht nachweisbar. Die Haare haben an den erkrankten Stellen ihre Farbe nicht eingebüfst. Die dunklen Haare an der Rückenfläche der Vorderarme bilden einen eigentümlichen Gegensatz zu dem weifsen Hintergrund.

Über die Öl-Spray-Behandlung bei Hautkrankheiten, von Dr. Reeph St. J. Perry, Indianopolis. (*The Indiana Medical Journal.*) Der Titel könnte leicht irre führen, da der Verfasser sich nicht nur auf in Öl lösliche Medikamente beschränkt, sondern alle Arzneimittel berücksichtigt, die durch pharmazeutische Vornahme so umgewandelt werden können, dafs sie sich in Form von Spray verwenden lassen, gleichviel ob sie eine Lösung oder nur ein feines mechanisches Gemenge liefern. Als Apparat wird der unter dem Namen Dr. Vilbiss spray producer bekannte verwandt. — Beigefügt ist eine Liste von ungefähr hundert so zubereiteten Medikamenten, die Dr. P. in Büchsen von je zwei Drachmen vorrätig hat. Als Öl wird das Ol. sem. Gissypii benutzt.

Chronische Rhinitis als Ursache von Acne faciei. Dr. Carl Seiler (*Weekly Medical Review.* St. Louis 29. Oktober 1887) hat seit einer Reihe von Jahren die Beobachtung gemacht, dafs Acne vulg. und Acne rosacea häufig mit chronischer Rhinitis zusammenbestanden, namentlich mit der atrophischen Form des Nasenkatarrhs. Er hält das Nasenleiden in vielen Fällen für die Ursache der Akne.

Jede Erregung des Nervensystems, wobei die Kapillaren der Gesichts- und Nackenhaut häufig gereizt und die Talgdrüsen infolgedessen in ihrer normalen Thätigkeit gestört werden, gibt eine unmittelbare Ursache der Akne ab. Warum leiden dann aber nicht mehr Menschen, die leicht erröten, an Akne? Weil, wie Dr. Seiler glaubt, der Blutstrom in der grofsen Mehrheit der Fälle nach dem kavernösen, erektilen Gewebe der Nasenmuscheln ausweicht.

Fehlt dieses Gewebe gänzlich, oder ist es, wie beim atrophischen Nasenkatarrh, vermindert, so findet der Blutdruck in dem Kapillarsystem des Gesichts keine Abzugsquelle, und die Folge davon ist Akne, wenn aufserdem eine prädisponierende Ursache vorhanden ist.

Ein Fall von Prostatastein, von Dr. J. W. Philpott. (*Buffalo Medical and Surgical Journal.* Novbr. 1887.) Der 62 Jahre alte Patient war jahrelang schwer leidend. Seine Beschwerden bestanden in Reizung und Entzündung der pars prostat. urethr. und des Blasenhalses. Der Harn reagierte sauer; das Wasserlassen verursachte grofse Schmerzen. Der Katheter mufste mehrmals täglich eingeführt werden, da die Blasenmuskulatur atrophisch war. —

Er hatte schon mancherlei Behandlungsarten durchgemacht, war von vielen der ersten Spezialisten untersucht worden; die Diagnose lautete immer auf vergröfserte Prostata. Da entleerte er eines Tages beim Harnen einen festen Stein von der Gröfse einer grofsen Erbse und von oblonger Gestalt. Bei der von Prof. G. H. Chaper vorgenommenen Untersuchung erwies sich der Stein als aus kohlensaurem Kalk zusammengesetzt. — Das Befinden des Patienten besserte sich sofort, das schmerzvolle Harnen hörte auf, und alle Empfindungen abseiten Blase und Harnröhre, die ihm sein Leben verleidet hatten, schwanden.

Vorübergehende benigne Plaques der Zunge (Caspary). — **Exfoliatio areata linguae** (Unna), von Dr. M. B. Hartzell. (*Philad. Medical News.* 29. Oktbr. 1887.) Zum Beweis für die Seltenheit dieser Erkrankung mag angeführt werden, dafs in Amerika bis jetzt erst über zwei derartige Fälle berichtet ist. Der neue Fall betrifft einen 42-jährigen Eisenbahn-Ingenieur, von ausgezeichnetem Allgemeinbefinden, Körpergewicht ungefähr 175 Pfund. Im Juni 1885 kam er zu Dr. H. wegen eines eigentümlichen Ausschlags auf der Zunge, den er erst seit wenigen Wochen bemerkt hatte. Eine einzelne Stelle der Zunge von Stecknadelkopfgröfse hatte ein weifsliches, leicht ulceriertes Aussehen. Man konnte sie auf den ersten Blick für eine gewöhnliche Schleimhautvesikel halten. Nach ein bis zwei Tagen war diese weifsliche Erhabenheit bis zur Erbsengröfse gewachsen und begann nun abzuschilfern, indem sie einen runden Fleck zurückliefs, der seines Epitheliums beraubt und von einem schmalen leicht erhabenen, weifslichen Saum umgeben war. Dieser Fleck wuchs von Tag zu Tag bis zur Gröfse eines 10 Cent-Stückes; dabei blieb er stehen. Nach wenigen Tagen bekam die Zunge allmählich wieder ihr gewöhnliches Aussehen. Es folgte nun ein Zwischenraum von 10—14 Tagen, während dessen die Zunge vollkommen gesund schien; dann setzte wieder eine neue Erkrankung ein, die der ersten im Verlauf und im Ausgang so ziemlich glich. Die Eruption brauchte 10—14 Tage, um ihre verschiedenen Abschnitte zu durchlaufen. Das Übel ist bis jetzt abwechselnd erschienen und wieder geschwunden, der Verlauf ist immer der nämliche. Zur Zeit ist immer nur ein Fleck vorhanden, und dieser Fleck beschränkt sich immer nur auf die rechte Seite der Zunge, ohne je die Medianlinie zu überschreiten. Nur in jüngster Zeit schien die Umgrenzung minder regelmäfsig gegen früher. Der Patient hat gefunden, dafs leichte Verdauungsstörungen, die sich namentlich durch Ructus bemerkbar machen, dem Übel um einige Tage voraufgehen. Sonst fehlte jedes subjektive Symptom aufser zeitweise leichtem Jucken und Prickeln.

Eine örtliche Behandlung erwies sich als vollkommen erfolglos; jedoch schien die innerliche Anwendung des Arsens die Zwischenräume zwischen den einzelnen Fällen zu vermindern.

Vor Gebrauch dieses Mittels erschienen die Flecke regelmäfsig alle 10—14 Tage. Aber bald nach Beginn der Behandlung mit Pill. acid. arsen. 0,0012 verlängerten sich die freien Zwischenräume auf drei bis vier Wochen und die Krankheitserscheinungsn liefen schneller ab.

New-York. F. Tilden Brown.

(Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.)

Frankreich.

Annales de Dermatologie et de Syphilographie. Band VIII. Heft 7—9.

Heft VII.. 1. Originalabhandlungen.

Impetigo sycosiformis des Daumens und der facies dorsalis der rechten Hand, von A. Poncet. Ein Arbeiter hatte an seine verstauchte rechte Hand einen Blutegel gesetzt, der schon mehrfach in einer benachbarten Familie benutzt worden war. Die kleine Wunde heilte nicht, sondern vergröfserte sich zusehends und nahm bei seinem Eintritt ins Krankenhaus das erste spatium interosseum des Handrückens ein, erstreckte sich nach aufwärts bis zum proc. styloid. radii, nach abwärts bis zur ersten Phalange des Daumens. Die Ulceration war unregelmäfsig geformt, aber mit scharfen Rändern. Sie war stellenweise mit braunen und gelben Krusten bedeckt, hatte rotes Aussehen, blutete leicht. Andre Organe als die Haut waren nicht ergriffen. Durch ausgiebige Behandlung mit der Kurette und mit Ferrum caudens wurde endgültige Heilung herbeigeführt. Per exclusionem gelangt Verf. zur obenstehenden Diagnose, die auch durch die mikroskopische Untersuchung wahrscheinlich gemacht wurde.

Über den hereditär-syphilitischen Ursprung der Keratitis interstitialis, von A. Trousseau. Unter 40 Fällen von Keratitis interstitialis teils eigner, teils fremder Beobachtung konnte Tr. 37 mal mehr weniger deutlich ausgesprochene Symptome bestehender Syphilis nachweisen. Er zieht daraus den Schlufs, dafs Kerat. interst. fast immer auf vererbter Syphilis beruhe. Der kurzen Abhandlung sind die 40 Fälle, in 3 statistischen Tafeln übersichtlich angeordnet, beigegeben. — Verf. hebt noch hervor, dafs es sich in 31 Fällen um weibliche Personen handelte, dafs das Alter der Erkrankten zwischen 3 und 25 J. schwankte, dafs die Kerat. interst. 28 mal mit Zahnerkrankungen einherging; u. s. w.

Über den Gonokokkus Neisser und seine Beziehungen zu einigen parablennorrhoischen Erscheinungen, von Charles Audry. Verf. stellt die Frage, ob der Gonokokkus Neisser das Zustandekommen der Synovitis gonorrhoica bedinge. Auf Grund und nach Prüfung der vorhandenen Thatsachen kommt er dazu, diese Frage entschieden zu verneinen. Einmal stehen den wenigen positiven Befunden von Petrone, Kammerer, Bousquet eine grofse Menge solcher Befunde entgegen, wo es nicht gelang, den Mikroben im Eiter des entzündeten Handgelenks nachzuweisen; ja, diese wenigen positiven Befunde sind auch noch anfechtbar, da die betreffenden Forscher sich nicht der Mühe unterzogen, den Gonokokkus auf seine Echtheit zu prüfen. — Es ist ferner unerfindlich, wie der Gonokokkus in die Gelenke gelange; im Blut habe ihn aufser Jullien bislang noch keiner gefunden; es sei ferner auch zweifelhaft, ob dieser Mikrobe, dessen Abneigung gegen Sauerstoff bekannt sei, überhaupt im Blut leben kann. Endlich, Tripper-

eiter, vom Verfasser einem Kaninchen in seine Gelenke gespritzt, blieb völlig wirkungslos. — A. ist vielleicht der Ansicht, dafs, wenn beim Tripper Gelenkeiterungen vorkommen, daran nicht der Gonokokkus schuld habe, sondern irgend ein Eiterkokkus.

2. Kasuistik. Ein weiterer Fall von spontaner Gangrän des Gliedes bei einem Diabetiker, von H. Vaquez.

Heft 8 u. 9. 1. Originalabhandlungen.

Über die Ansteckungsfähigkeit der Alopecia areata, von Dr. Georges Thibierge. Nach einer eingehenden Erörterung der neuen Litteratur und der verschiedenen über die Ätiologie der Alopecia areata aufgestellten Vermutungen kommt der Verfasser zu dem Schlufs, dafs wir zwei Ursachen der Krankheit unterscheiden müssen. Die klinische Beobachtung läfst es unzweifelhaft, dafs sie bald einen nervösen, bald einen parasitären Ursprung hat. Der betreffende Mikrobe ist bis jetztnoch nicht sicher nachgewiesen. Da in beiden Fällen die Krankheitserscheinungen dieselben sind, so hat man — namentlich in Schulen, Kasernen u. s. w. — jeden Erkrankten streng zu isolieren, um eine Weiterverbreitung des Leidens zu verhindern.

Über drei Fälle erworbener Syphilis bei Personen, die deutliche Spuren der Syphilis hereditaria tardiva zeigten, von A. Tavernier, Assistent der Klinik von Leloir. Die drei Fälle werden ausführlich geschildert. Zum Schlufs wiederholt Verf. folgende Alternative Leloirs: Entweder, man mufs annehmen, dafs diese 3 Personen, die mit Zeichen der hereditären Syphilis, wie sie Parrot, Hutchinson, Fournier dargestellt haben, behaftet waren, wirklich eine frische Syphilis erwarben; oder dafs jene angeblichen Symptone der Lues hereditaria keine pathognomonische Bedeutung haben. Bestimmte Anzeichen, dafs jemand erblich syphilitisch ist, besitzen wir nicht (Fournier). Verf. neigt zu letzterer Alternative.

Über den Argyrismus bei Silberarbeitern, von G. Lewin. Bei solchen Silberarbeitern, die mit schneidenden Instrumenten zu thun haben, kommen an den Händen blaue Flecke vor, Flecke, die sich durch lange Zeit (50 J.) in Farbe und Gröfse gleich bleiben. Diese Flecke rühren von Silberkörnchen her, die völlig rund und so klein sind, dafs deren 30 auf eine Lymhpzelle gehen. Sie liegen im Papillarkörper, längs eines Systems sehr zarter elastischer Fasern, die bis jetzt noch nicht beschrieben sind und die wahrscheinlich zum Lymphsystem gehören. Die Körnchen lösen sich in Salpetersäure auf, sind äufserst klein, gleich grofs und von gleicher Refraktion, woraus L. schliefst, dafs sie nach ihrem Eindringen in die Haut chemische Veränderungen eingegangen sein müssen. Diese chemischen Veränderungen (Reduktion des im Körper zu Silberalbuminat verwandelten Silbers) werden ausführlich besprochen, ohne dafs Verf. zu einem abschliefsenden Ergebnis gelangt.

2. Kasuistik. Ein Fall von allgemeiner Dermatolysis, von William Dubreuilh. — Zwei Beobachtungen über herpesartige Hautentzündung, von Louis Duhring. — Veränderung an den Zähnen infolge von Skrofulo-Tuberkulose, die das Bild syphilitischer Zähne vertäuschten, von H. Vaquez. — Hemiplegie bei einem hereditär syphilitischen Kinde von 5 Monaten. Heilung durch antisyphilitische Behandlung, von A. B. Morfan. — Über einen Fall von Lues heredit. tardiva, von de Lavarenne.

Hamburg. J. Türkheim.

Rufsland.

M. Jakowski und W. Matlakowski, **Über Rhinosklerom.** Eine sehr bemerkenswerte klinische und anatom.-pathologische Studie über Rhinosklerom. In den Schnitten und im Gewebssafte fanden die Autoren, mit der Methode von Paltauf und Eiselsberg, Bacillen, seltener oblonge und runde Kokken. Jeder Bacillus besitzt eine eigne Kapsel; selten sitzen zwei Bacillen in einer Kapsel. Die Kokken sitzen zu zwei bis drei in einer Kapsel. Diese Organismen liegen in den grofsen Mikuliczschen Zellen, in Lymphräumen, viel spärlicher im Bindegewebe, niemals in den Wanderzellen. Diese Angaben stimmen mit denen von Paltauf und Eiselsberg überein.

Die Kulturergebnisse bestätigen auch im grofsen und ganzen die Angaben von Paltauf und Eiselsberg, nur werden ältere Gelatinekulturen bräunlich, gleich wie die Friedländerschen Pneumokokken. Alle Kulturen (auch im vierzehnten Geschlechte) bestehen aus denselben Kapselbacillen und Kokken. Auf Blutserum und Gelatine fanden die Autoren mehr Bacillen als Kokken, auf Agar dagegen waren die Kokken zahlreicher, auch waren die Kapseln in Agarkulturen nicht so leicht färbbar. Lange Fäden (Paltauf) fanden die Autoren niemals. — Impfungen. Zwölf weifse Mäuse wurden mit der Reinkultur in die Pleurahöhle eingeimpft, es starb aber nur eine am vierten Tage. Sektion: Vergröfserte Milz, stark injizierte Pleura, eiterige Flüssigkeit im Pleurasacke. In dieser Flüssigkeit, sowie in der Milz waren die beschriebenen Bacillen vorhanden. Überimpfung gelang jedoch nicht. Die andern 11 Mäuse haben sich nach drei- bis viertägigem Unwohlsein erholt.

Nach diesen Ergebnissen scheint der Rhinosklerom parasit mit den Friedländerschen Pneumoniekokken nicht identisch zu sein, obwohl morphologisch und biologisch sehr nahestehend; auch wachsen die letzteren in Kulturen schneller und ihre Kapseln sind nicht so leicht sichtbar. (*Gazeta Lekarska.* 1887. No. 45, 46, 47, 48, 50, 51, 53.)

Warschau. Funk.

Verschiedenes.

Nachweis von Erysipelkokken in der Luft chirurgischer Krankenzimmer, von v. Eiselsberg. Verfasser konnte den Nachweis von Erysipelkokken in der Luft solcher Zimmer führen, in denen Erysipelkranke lagen. (*Langenbecks Arch.* 35. Bd. nach *Chem. Central-Bl.* 1888. No. 1.)

Stabsarzt Dr. Behring, **Über Quecksilbersublimat in eiweifshaltigen Flüssigkeiten.** Aus dem pharmakol. Institut in Bonn. (S.-A. *Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde.* No. 1. 1888.) Es ist eine vielen Chirurgen schon früher bekannte Thatsche, dafs Sublimat für septische Phlegmonen etc. kein geeignetes Desinfiziens ist, da es durch sofortige Bildung von unlöslichem Quecksilberalbuminat in den oberen Gewebsschichten das weitere Eindringen des Desinfiziens ins Gewebe verhindert. In Blutserum wirkt Sublimat 40fach weniger entwickelungshemmend auf Bakterien, als in Nährgelatine und in Nährbouillon. Nach Laplace (*Dtsche med. Wochenschrift.* No. 40. 1887) ist Sublimat in stärkster gebräuchlicher Lösung (1 : 1000) als Desinfektionsmittel für eiweifshaltige Flüssigkeiten, insbesondere Blutserum, Eiter, Blut nicht zu betrachten. L. hatte zur 1 ‰ Sublimatlösung 5 g Weinsäure hinzugesetzt, da dann kein unlösliches Quecksilberalbuminat entstände. Behring machte nun hiermit Versuche, die sehr interessant und beachtenswert sind, und kam zu folgenden Resultaten:

I. Mikroorganismen, die sich im Eiter befinden, sind durch die Laplacesche Lösung schwerer zu töten, als solche in Blutserum.

II. Einfache Sublimatlösung ist Milzbrand gegenüber um ¼ wirksamer als Weinsäuresublimat.

III. Weinsäuresublimat wirkt schneller und ist in erheblich kleinerer Dosis, als einfache Sublimatlösung, schon tödlich.

IV. Alle diejenigen Mittel, welche Niederschläge aus der Reihe der Quecksilberoxydreihe in Lösung zu halten imstande sind, vermögen auch den durch Sublimat im Blutserum erzeugten Niederschlag zu lösen, wenn sie nicht an sich eine koagulierende Wirkung haben (wie z. B. Salpetersäure reichlicher zugesetzt). Anderseits kommen im Blutserum, welches Quecksilbersublimat durch einen Zusatz von Weinsäure gelöst enthält, alle die Fällungen, durch Reagenzien zur Erscheinung, welche ein in Wasser gelöstes Salz aus der Quecksilberoxyddreihe erleidet.

Hamburg. von Düring.

Aus der Praxis.[1]

3. **Die postekzematöse Furunkulose.** Unter den vielen Aufschlüssen, welche die bakteriologische Erkenntnis unsrer Tage uns über täglich zu machende, aber trotzdem bisher unerklärte Beobachtungen gegeben hat, erblicken wir auch das wohlbekannte Faktum, dafs als Nachspiel von verschiedenen ekzematösen Prozessen (seltener von andern Hautkrankheiten) eine Furunkulose auftritt. Je länger das Ekzem gedauert hatte, je weniger dasselbe mit pilztötenden Mitteln behandelt wurde, desto sicherer stellt sich, genau mit der völligen Restitution der Oberfläche der Haut zusammenfallend, eine Vereiterung in der Tiefe der Haut, hier Knäueldrüsen, dort Haarfollikel ergreifend, ein.

Konnte man früher daran denken, dafs sich der Entzündungsprozefs hier nachträglich auf gewisse Punkte konzentrierte, deren Ergriffensein unter der allgemeinen Entzündung der Oberfläche verborgen geblieben war, so geht das jetzt nicht mehr an. Wir wissen und können jeden Augenblick leicht nachweisen, dafs diese Furunkel die gewöhnlichen Eiterkokken, speziell die gelben und weifsen Staphylokokken in Reinkultur beherbergen, einen Pilz, welcher den vorhergehenden Ekzemen jedenfalls nicht als ätiologisches Moment zu Grunde liegt.

Wir haben es also sicher mit einer Mischinfektion zu thun und zwar nicht mit einer seltenen und deshalb rein zufälligen, sondern mit einer so häufigen, dafs die klinischen Bilder fast zusammengehören wie Vorspiel und Nachspiel. Es ist eine Ablösung der Parasiten am selben organischen Substrat, wie sie succesive bei der Gärung, Fäulnis und Verwesung vorkommt, ja wie sie selbst bei den Insektenlarven besteht, welche der Reihe nach denselben Kadaver zum Zerfalle bringen, und wie sie in der Pathologie (Krebs nach Lupus, Phthise nach Pneumonie) längst Bürgerrecht besitzt.

Hiermit ergibt sich für die Praxis der wertvolle Fingerzeig, dafs wir bei allen länger bestehenden Ekzemen das latente Vorhandensein von Eiterkokken in der Tiefe der Follikel und Knäueldrüsen vorraussetzen und demgemäfs die Behandlung zum Schlusse so einrichten, dafs dieselbe zugleich prophylaktisch gegen die zu erwartende Furunkulose ist. Denn ein aus der Ekzembehandlung entlassener Patient beruhigt sich nicht, wie der Arzt, mit dem Ausspruche, dafs diese Furunkulose ohne Bedeutung sei, ja vielmehr das Zeichen abgebe, dafs das Ekzem nun wirklich überwunden

[1] Öfter wiederkehrende Aufforderungen von seiten praktischer Ärzte, dermatotherapeutische Fragen von allgemeinerem Interesse in den Monatsheften zur Sprache zu bringen, und von befreundeten Fachkollegen, einzelne interessante Fälle ohne historischen und sonstigen wissenschaftlichen Ballast zu skizzieren, veranlafst uns, die anspruchslose Rubrik „Aus der Praxis" zu eröffnen und Praktiker sowie Fachkollegen zur Beteiligung an derselben mit Frage und Antwort einzuladen. Die Red.

sei. Ihm ist manchmal diese Furunkulose schmerzhafter und unangenehmer als sein überstandenes Ekzem.

Hebrasche Blei- und Wilsonsche Zinksalbe allein sind nun keine Mittel, welche eine beginnende Furunkulose aufhalten. Man mufs ihnen wenigstens Karbolsäure oder Thymol zum Schlusse zusetzen, wenn man diesen Zweck verfolgt. Sicherer geht man, wenn man jene Salben oder die entsprechenden Blei- oder Zinkpasten durch Resorcin- oder Schwefelsalben (resp. -pasten) ersetzt, wobei natürlich ein Schwefelpräparat stets nur auf ein Zink- und nie ein Bleipräparat folgen darf. Der Teer und die Salicylsäure[1] haben nicht den Effekt, die Furunkulose zu verhindern wie die flüchtigen Mittel: Phenol und Thymol. Am sichersten habe ich in dieser Richtung den Zusatz von 1—2 ‰ Sublimat zur Zinksalbe gefunden, unterstützt durch den innerlichen Schwefelgebrauch (dreimal täglich 0,01 Schwefelcalcium in keratinierten Pillen).

Woher es kommt, dafs die Furunkulose fast stets als Nachspiel und nur viel seltener bereits als Komplikation des Ekzems auftritt, ob das letztere für ersteres die Rolle eines Derivans der Säfte oder der Pilznahrung spielt, oder ob Ekzempilze das Wachstum von Eiterkokken per se aufhalten, wäre wohl einer eingehenden Untersuchung wert. Unna.

---

4. Ein 14 Jahre alter Gymnasiast leidet an einer **Alopecia areata**, welche seit 1½ Jahren allen angewandten Mitteln trotzt. Der Kopf ist nahezu zu ⅔ der behaarten Fläche ergriffen und immer noch schreitet die Erkrankung fort. Kann mir ein in der Behandlung dieser Krankheit erfahrener Kollege in diesem schwierigen Falle raten? Dr. B. in N.

---

5. Welches ist die empfehlenswerteste Therapie gegen eine **Hyperhidrosis oleosa capitis**, welche sich an ein trockenes, mit Haarschwund verbundenes, seborrhoisches Ekzem des Kopfes angeschlossen hat?

Dr. M. in Z.

---

[1] Diese wenigstens nicht in der hier in Betracht kommenden Dosierung.

Für praktische Ärzte, welche sich der Dermatologie widmen wollen, leite ich von jetzt an

halbjährliche Kurse,

welche die gesamte Histologie, Bakteriologie, Diagnostik und Therapie der Hautkrankheiten umfassen.

Der I. Kursus, zu welchem Anmeldungen noch entgegen genommen werden, beginnt Anfang April.

Hamburg, Dammthorstr. 15, I. Dr. **P. G. Unna.**

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 4. 15. Februar 1888.

Über Ansteckung und Ansteckungswege bei Syphilis.

Von

Primararzt Dr. R. Bergh

in Kopenhagen.

Im Herbste 1494 zog eine von dem Franzosenkönige Karl VIII. zusammengebrachte Armee, aus hauptsächlich spanischen, französischen, schweizerischen und deutschen Lanzenknechten bestehend, in Italien ein; mit der Armee folgte, wie in den Zeiten[1] gewöhnlich, ein Troſs von feilen Dirnen. Neapel wurde ohne Schwertschlag im Januar 1495 besetzt; dem Beispiele ihres königlichen Führers folgend, gaben sich die Soldaten daselbst, den Chronisten der Zeit zufolge, den zügellosesten sexuellen Ausschweifungen hin. Im Frühjahre 1495 entstand[2] dann in Neapel die sogenannte „grofse Syphilis-Epidemie", die die Bevölkerung nicht weniger als die Soldateska ergriff und verheerte. Kurz nachher zogen die Überreste der Armee weg und lösten sich bald nachher auf; mit den von den Campi Veneris mehr als von den Campi Martis invalide zurückkehrenden Soldknechten verbreitete sich die Epidemie aber dann schnell, „wie auf den Schwingen eines Katarrhs" (Schnurrer[3]), jedenfalls mit einer für die damalige Zeit recht grofsen Schnelligkeit über

[1] In Indien scheint das Militär mitunter noch ähnliche Begleitung zu haben. Vergl. *Zur Prostitutionsfrage.* Verh. d. Rhein.-Westphäl. Gefängnis Gesellschaft. 2. Aufl. 1885. pag. 42—43.

[2] Wir lassen hier die viel umstrittene Frage vom Vorkommen von vereinzelten Syphilisfällen schon vor und lange vor der „Epidemie" ganz unberührt.

[3] Schnurrer, *Chronik der Seuchen.* II. 1825. pag. 38.

fast ganz Europa, im Laufe nämlich von ganz wenigen Jahren, und im ersten Auftreten überall, immer mit höchst akutem, höcht virulentem und bösartigem Charakter. Dänemark scheint die Krankheit, die „hurische Krankheit, die Franzosen", schon im selbigen Jahre, um 1495, erreicht zu haben (A. HVITFELDT, *Rosaefontanus*) und scheint daselbst einige Jahre später (1502—1510) als eine wahre Epidemie aufgetreten zu sein, die nicht einmal die höchsten Klassen schonte, nicht den König HANS, nicht den (schwedischen) Marsk (Heerführer) AAGE HANSEN THOTT.[4]

Es hat Krankheiten, pestilentielle Krankheiten gegeben, die viel mörderischer als die Syphilis damals gehaust haben; in der langen Leidensgeschichte der Menschheit scheint aber keine aufgetreten zu sein, die in der Weise die Bevölkerung mit Entsetzen geschlagen hat und die sich einen so schrecklichen Nachruf gesetzt hat, wie eben diese grofse Syphilisseuche am Ende des fünfzehnten und am Anfang des sechszehnten Jahrhunderts. Es handelte sich hier nicht um eine pestilentielle Krankheit, die im Laufe kurzer Zeit einen grofsen Teil der Bevölkerung eines Landes oder einer Gegend hinraffte. Hier sah aber eine grofse Zahl der Bevölkerung sich von einer ihr bisher unbekannten, gräfslichen, vielförmigen, fast pestilentiell ansteckenden Seuche angegriffen, der gegenüber die landläufige Galenische Therapie ganz ratlos und ohnmächtig zu sein schien. Ein grofser Teil der Bevölkerung, und von allen Altern, allen Klassen und allen Ständen, sah sich infolge dieser Krankheit zu den oft jahrelangen Qualen verdammt, die den ausgebreiteten hartnäckigen Geschwüren und den nächtlichen bohrenden Knochenschmerzen folgten, welche die Epidemie durch ihre erste Periode fast charakterisiert zu haben scheinen. Und diese Bevölkerung sah sich allen den Verunzierungen und Entstellungen, den Schwächen und der ganzen Invalidität preisgegeben, die oft als Nachwirkung des Leidens

---

[4] MANSA, *Bidrag til Folkesygdommenes og Sundhedspleiens Hist. i Danmark.* 1872. pag. 120—121, 132. — ALLEN, *de tre nordiske Rigers Historie* — 1497—1536. IV., 1. 1870. pag. 265—268.

MANSA und ALLEN scheinen übersehen zu haben, dafs LANGEBEK (*Script. rer. Dan.* I. 1722. pag. 195) nach dem ROESKILDschen Minoriter Mönch P. OLAUS (*Ann. rer. Danic.*) folgendes Citat hat: „1483. Morbus Gallicus sevit super Christianos."

zurückblieben. Es geht nämlich aus den Beschreibungen der zeitgenössischen Verfasser, oder korrekter aus der Kollation der bewahrten beschreibenden Bruchstücke der Verfasser hervor, dafs die ersten luetischen Phänomene während jener grofsen „Epidemie" im ganzen von denen, womit die Syphilis jetzt gewöhnlich auftritt, ziemlich verschieden gewesen sind. Das Virus scheint damals gleichsam kräftiger gewesen zu sein, weshalb die Ansteckung auch vielleicht leichter stattgefunden hat; die generellen Symptome scheinen frühzeitiger aufgetreten zu sein, noch dazu viel intensiver und ganz besonders häufig mit bösartigem Verlaufe. Während solche galoppierende Formen von Syphilis heutzutage seltener vorkommen, scheinen sie damals ganz häufig gewesen zu sein. Schon nach einem Jahrzehnt oder jedenfalls nach einem paar Jahrzehnten hatte die pestilentielle Verbreitung der „Epidemie" und ihr bösartiger Charakter sehr bedeutend abgenommen, meistens wohl nur wegen der gröfseren Vorsicht, die allmählich in sexuellen und sozialen Beziehungen beobachtet wurde, zum Teil wohl auch wegen einer verbesserten Therapie. Wenn aber die grofsen Syphilido-Therapeuten, wie Fracastor, Falloppio u. a. daraus den Schlufs zogen, dafs die Syphilis einstweilen[5] oder definitiv aussterben würde, dann hat solches sich als ganz eitle Hoffnung erwiesen. Der treffliche, etwas später (1579) aufgetretene Fernel ist sicherlich der Wahrheit viel näher gekommen, als er schrieb[6], dafs Lues der Menschheit ein nagender Wurm sein würde, der nie sterben, sondern bis an das Ende der Menschheit fortleben würde.

Es war dem Geiste der Medizin des (Altertums wie des) Mittelalters etwas ganz Fremdes sich eine solche (epidemische)

---

[5] Forte enim nostros olim legisse nepotes,
Et signa, et faciem pestis novisse juvabit.
Namque iterum, quum fata dabunt, labentibus annis
Tempus erit quum nocte atra sopita jacebit
Interitu data: mox iterum post secula longa
Illa eadem exsurget, caelumque aurasque reviset
Atque iterum ventura illam mirabitur aetas.
Hier. Fracastorii — *Carminum* ed. II. Patavii 1739. I. pag. 14. Vers. 312—318.

[6] „ — nunquam extinctum iri, sed fore humano generi comitem et immortalem — ". Fernel, *Le meilleur traitement du mal vénér.* Traduction par L. LePileur. 1879. pag 28, 324.

Krankheit in andrer Weise entstanden zu denken, als durch Änderung der atmosphärischen Verhältnisse und daraus folgende unnatürliche Mischung und Verderben der Kardinalsäfte. Diese kosmischen Ereignisse hingen vom Einflusse der Gestirne ab, und in Beziehung auf Entwickelung der Epidemie war man geneigt, dieselbe in Verbindung zu setzen mit der kurz vorher stattgefundenen Konjunktion Jupiters und Saturns im Hause Mars, unter dem Zeichen des Skorpions, wie es in der astrologischen Sprache der Dazeit hiefs. Jupiter, der Erhalter des Guten und der Gesundheit, wäre im Kampfe mit den feindlichen Mächten, Saturn und Mars, unterlegen, um so mehr als der Einfluſs vom Skorpion dazu kam, dem die Genitalfunktionen unterlegt sind; daher stammten die die Krankheit so oft begleitenden Genitalaffektionen. Man[7] (P. MAYNARDUS) hatte damals (1527) die Menschen in „Skorpionisten", die unter dem Zeichen des Skorpions erzeugten oder geborenen, und Nicht-Skorpionisten[8] eingeteilt; die ersteren waren ganz besonders für Genitalleiden prädisponiert. Schliefslich waren alle die dem Menschenleben feindlichen planetarischen und siderischen Verhältnisse Zeichen vom Zorne Gottes und Strafgericht. Der Begriff von Ansteckung war jener Zeit noch ganz unklar; diese so wenig wie das Altertum hatten noch nie die (immer vorgekommenen) lokalen Genitalleiden mit lokaler Ansteckung durch Weiber in Verbindung gebracht. Man dachte daran um so weniger, als man damals Päpste und Fürsten sowie die höchsten geistlichen und weltlichen Würdenträger, ja selbst professionelle Frommheiten, wie Nonnen und Mönche, von der gräfslichen Krankheit angegriffen sah; es wäre selbst gefährlich gewesen, die Tugend solcher Personen anzuzweifeln. In der Zeit wurde daher auch unverhohlen davon gesprochen und geschrieben, dafs solche Individuen die gallische Krankheit bekommen hätten; daher konnten auch die ältesten syphilidologischen Verfasser ohne Anstofs zu erregen ihre bezüglichen Abhandlungen und Bücher Päpsten,

---

[7] Vergl. J. K. PROKSCH, Die Schrift des P. MAYNARDUS. *Med. chir. Centralblatt.* 1875. No. 37 (Separatabdr. pag. 5).

[8] Vergl. LUISINUS, *Aphrodisiacus* ed. BOERHAAVE. I. 1728. pag. 391, 397—398.

Fürsten und Kardinälen dedizieren. Man hegte nichtsdestoweniger schon damals unklare Vorstellungen von Ansteckungsfähigkeit der Krankheit, welche aber meistens sehr phantastisch und übertrieben waren; nicht allein ganz intime Berührungen wären gefährlich, sondern auch der Schweifs, darum ein Handdruck; auch der Odem, deshalb das Gespräch; und man war in Beziehung auf gemeinschaftlichen Gebrauch von Utensilien überaus vorsichtig. DESID. ERASMUS (Rotterdamus) hat in seinem berüchtigten Dialog ἀγάμος γάμος (Conjugium impar) mit drastisch-gräulichen Farben einen wegen seiner Leiden hinkenden syphilitischen Ritter geschildert und die Gefahren, die mit seinem Umgange verbunden waren; „sein Odem war Gift, seine Worte und seine Berührung fast tötend.“ [9] Freunde und nächste Verwandte scheuten diese Kranken; der bekannte Sekretär von Kaiser MAXIMILIAN und vor allem der unglückliche ULRICH V. HUTTEN haben davon berichtet. Selbst die Leprosen vermieden die Syphilitischen und weigerten sich, mit ihnen unter Dach zusammen zu sein, aus Furcht eine noch schlimmere Krankheit zu bekommen.

Diese übertriebene Ansteckungsfurcht hatte übrigens auch ihre gute Seite und erzeugte verschiedene wesentliche Änderungen in sozialen und sanitären Verhältnissen. Der vom Altertum geerbte Kufs des Willkommen fiel weg; die wegen ihrer Unsittlichkeit so berüchtigten öffentlichen Badehäuser wurden vermieden und allmählich geschlossen; und der so übertriebene Gebrauch von Schröpfköpfen und Aderlassen wurde sehr beschränkt, aus Furcht vor den Instrumenten der Bader und Bartschneider.

Schon vom Anfange der Epidemie ab schien man aber Erfahrungen zu haben, die auf Entstehung der Krankheit durch Beischlaf und feile Frauenzimmer hinzudeuten schienen. Schon einzelne der allerältesten syphilidologischen Verfasser (G. TORELLA [1500], G. VELLA [1503]) heben Beischlaf als gewöhnlichsten Ursprung des Leidens hervor, und ALMENAR (1502) ironisiert über andre Entstehungsweisen. In Italien wurde diese Auffassungs-

[9] Dieser Ritter war der frühere Freund und geistige Kampfgenosse von ERASMUS, der kurz vorher gestorbene edle ULRICH VON HUTTEN.

weise auch bald allgemein; sowie auch allmählich in Frankreich, besonders durch den Einfluſs von Vidus Vidius (1542—1551) und Fernel. Man wurde deshalb auch in Beziehung auf Dedikation syphilidographischer Arbeiten vorsichtiger; schon Béthencourt wagte nicht (1527) eine Zueignung seines berühmten Buches[10], um nicht jemanden zu kompromittieren, wie er sagte. In Deutschland dagegen kämpften richtige, hierauf bezügliche Auffassungen sich nur langsam durch und siegten eigentlich erst durch und nach Paracelsus und durch die aufkommende Bezeichnung der Krankheit als Venusseuche.[11] Erst nach der Mitte des sechszehnten Jahrhunderts steht der Glaube an luetische Ansteckung durch unreinen Beischlaf als gewöhnliche Quelle der Krankheit fest; aber noch lange nachher kann man, besonders in der nicht-medizinischen Litteratur, eine Ansteckungsfurcht antreffen, die an den Aberglauben früherer Zeiten erinnert. In den „Bekenntnissen einer schönen Seele“ läſst Göthe das junge Mädchen, von ihrem französischen Sprachmeister belehrt, nicht allein die Berührung von Tassen und Gläsern der jungen Männer fürchten, sondern läſst sie auch die Stühle vermeiden, auf denen sie gesessen haben.[12] Man kann aber auch heutzutage eine Ängstlichkeit vor Syphilis treffen, die dieser nicht nachsteht.

Die umsichtigen, mannigfachen und vielseitigen Untersuchungen und Arbeiten der letzten Dezennien über Syphilis haben in vielen Beziehungen unsre Kenntnis vom syphilitischen Virus erweitert. Dasselbe ist fixer und wahrscheinlich bakteri-

---

[10] J. de Béthencourt, *Nouveau carême de pénitence et purgatoire d'expiation.* Trad. et comment. par A. Fournier. 1871. pag. 8, 29.

Der Verf. heiſst eigentlich Jacques d' Abéthencourt. Vergl. *Ann. de dermat. et de syphiligr.* 2 S. IV. 1883. pag. 89 (Turner).

[11] Simon zufolge (*Krit. Gesch. der Syphilis.* II. 1. 1858. pag. 151) stammt die Bezeichnung „Venusseuche“ von Paracelsus. Solches ist, wie Proksch, der gelehrteste jetzt lebende Syphilidologe, nachgewiesen hat (Paracelsus, *Über die vener. Krankh. u. die Hydrargyrose.* 1882. pag. 14. *Med. chir. Centralblatt.* 1882. XVII), ein Irrtum. Der Name Morb. venereus stammt von Béthencourt (1527).

[12] Wilh. Meisters Lehrjahre. VI. Buch. Göthes *Werke.* Vollst. Ausg. letzter Hand. XIX. 1828. pag. 276.

Gmelin. (*Disput. inaugur. med. de Gon. vir. utroque in sexu.* 1700. pag. 6) erwähnt die Gefahr beim Sitzen auf einer Bank unmittelbar nach einem Gonorrhoiker.

eller Natur. Hand in Hand damit ist die Entwickelung einer zuverlässigen Kenntnis der Arten gegangen, in welchen, und der Wege, auf welchen dieses Virus in den Organismus eindringen kann. Damit hat dann der Glaube an die vielen abenteuerlichen Ansteckungsweisen den Todesschlag bekommen; es bleibt aber noch ein reiches Mafs von Ansteckungsweisen und Ansteckungswegen übrig, und es liegen leider zu viele Erfahrungen vor von der Leichtigkeit, mit welcher diese Krankheit vom Individuum zum andern übergehen kann.

Aus den ebenso wichtigen wie unverantwortlichen Inokulationsversuchen, die jetzt in hinlänglicher Menge, an gesunden Personen ausgeführt, vorliegen, sowie aus der ganzen Reihe von veröffentlichten Konfrontationen von Syphilitikern, geht mit aller Sicherheit hervor, dafs das syphilitische Virus sich in exkoriierten und ulcerierten Indurationen und in ihrem Sekrete finde, und vor allem und als häufigste Ansteckungsquelle, in den in der ersten Periode des syphilitischen Leidens auftretenden kutanen und mukösen Syphiliden; endlich kann das Blut, also vielleicht auch die menstruelle Blutung[13]; während jener Periode virulent sein. Man wäre daher auch, wie die älteren Syphilidologen es immer thaten, berechtigt, den aus dem Blute gebildeten physiologischen Sekreten virulente Eigenschaften zuzuschreiben, also den Thränen, dem Speichel, der Milch sowie dem Schweifse. Diese Annahme sollte um so mehr berechtigt scheinen, als eben diese Sekrete bei rotz- und milzbrandkranken Tieren virulent sein können.[14] Nichtsdestoweniger haben verschiedene, besonders mit Thränen (Diday) und mit Milch (Pardova) von Syphilitikern, angestellte Übertragungsversuche nur negative Resultate ergeben. In der That scheint das Blut in diesen Drüsen einer Filtration zu unter-

[13] R. Bergh, i Anledning af den forestaaende Reform af Prostitutionsvæsenet. *Hosp. Tid.* VI. 21. 1863. pag. 32.
— *Ber. fra Alm. Hosp.* 2. Afdel. i 1878. 1879. pag. 27.
Mireur, *La Syphilis et la prostitution.* 1875. pag. 379.
Vergl. Heyde (*Amer. Journal of med. sc.* Jan. 1874). *Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.* II. 1875. pag. 379.

[14] Vergl. Baumgarten, *Lehrb. d. patholog. Mykologie.* II. 1. 1887. pag. 461.

gehen, welche ihr Sekret rein, mit syphilitischem Ansteckungsstoff unvermischt hervortreten läfst. Vorläufig kann daher angenommen werden, dafs die physiologischen Sekrete nicht virulent sind, wenn nicht mit Blut oder mit Sekreten von virulenten Syphiliden vermischt. Soweit bisher bekannt, scheinen auch die reinen, unvermischten pathologischen Sekrete, die der Urethritis, Leukorrhöen, Ekzeme, Vaccine-Lymphe u. s. w., selbst während der ersten Periode von Lues, keine Virulenz zu bergen. Es bleibt aber immer zweifelhaft, ob die physiologischen oder pathologischen Sekrete eines Frühsyphilitikers nicht mit einer geringen Menge Blut oder mit hingefallenen Teilen von syphilitischen Produkten vermischt sind; in den praktischen Verhältnissen ist daher eine gewisse Reservation solchen Fragen gegenüber notwendig. Mangel an Virulenz scheint noch den spät auftretenden Symptomen, den Gummitionen eigen zu sein, wie aus gewagten Versuchen hervorgegangen (Bärensprung, Diday, Tanturri, Profeta, Bumm, Finger [15]). Aber auch hier wird es praktisch nötig sein eine gewisse Skepsis zu bewahren; es ist doch ganz sicher, dafs auf Basis einer absolut alten und schon lange tertiären Syphilis oder selbst bei einer lange latenten und im Augenblicke symptomfreien Lues ein syphilitisches Kind erzeugt werden kann.[16] Eine noch offene Frage ist auch die, ob tertiäre, gummöse Symptome, die ganz früh bei einer galoppierenden Syphilis entstehen, nicht kontagiös sein werden; und sie werden es wahrscheinlich sein. Was die Kontagiosität der syphilitischen Symptome im ganzen betrifft, dann spielt hier der Zeitpunkt ihres Auftretens eine viel gröfsere Rolle als ihre Art und Lokalisation. Wie lange das infektiöse Stadium bei Syphilis dauern kann, ist so ziemlich unbekannt, es erstreckt sich doch

---

[15] Finger, Zur Frage über die Natur des weichen Schankers und die Infektiosität tertiärer Syphilisprodukte. *Allg. med. Ztg.* 1887. No. 9, 10. (S.-A. pag. 16—18, 24.) (10 Versuche.)

[16] Es darf auch nicht vergessen werden, dafs Schwabach (*Über die Impfbarkeit des syphilit. Kontagiums auf Syphilitische.* Berlin. Inaug. Dissert. 1870. pag. 33 [XVII.], 38) einen Fall mitteilt, in welchem Inokulation von tertiären Fällen (im Gegensatz zu den Erfahrungen von Baerensprung, Köbner u. a.) sich kräftig enauto-inokulabel erwies.

wenigstens über 2—5 Jahre. Es ist daher überhaupt unzweifelhaft richtiger eine gewisse Reservation und Skepsis der Frage von der Kontagiosität eines aktuellen oder ehemaligen Syphilitikers gegenüber zu bewahren; sicher ist es jedenfalls, dafs das syphilitische Virus in den ersten Stadien des Leidens eine bedeutende Vitalität und Widerstandskraft zu besitzen scheint.

Um in einen fremden Organismus einzudringen, braucht das syphilitische Virus, und solches ist von den alten Syphilidologen öfters hervorgehoben, besonders und erst wohl vom trefflichen FERNEL[17], eine kutane oder muköse offene Eingangspforte, eine Stelle, die ihres Epithels beraubt ist, oder wo das Epithel wenigstens durch längeren Kontakt mazeriert ist.

Viele sind nun der Wege, auf welchen, und mannigfach die Arten und Weisen, in welchen Infektion mit diesem Virus stattfinden kann. Wir sehen aber hier ganz von den Verhältnissen bei der kongenitalen, hereditären Syphilis ab. Für die Prophylaxe der Syphilis hat eingehende Kenntnis dieser Ansteckungsweisen die allergröfste Bedeutung. Es ist sicherlich hauptsächlich den eindringenden und umsichtigen Vorstellungen und Warnungen der Ärzte und besonders der Syphilis-Ärzte zu verdanken, dafs syphilitische Individuen nicht mehr anstecken, als sie es, wenigstens bei uns, thun. Bei uns (in Dänemark) liegen die Verhältnisse nicht so, dafs sie, wie ganz kürzlich in Frankreich[18], den Gedanken an einen Vorschlag hätten aufkommen lassen können, dafs die syphilitischen Individuen ein besonderes Zeichen tragen sollten, wie in alten Tagen an manchen Orten die Leprösen. Man wird an das von einem der alten Verfasser ausgedrückte Bedauern erinnert, dafs man nicht die ersten Syphilitiker gesammelt und verbrannt hatte, wie PHILIPP der Schöne in Frankreich es mit den Aussätzigen versuchte, oder dafs man wenigstens nicht dem Rate DESID. ERASMI gefolgt wäre, am liebsten doch Eheleute zu verbrennen, wenn sie luetisch wurden, jedenfalls mindestens den Mann zu kastrieren und das Weib zu infibulieren.

---

[17] FERNEL, l. c. pag. 13, 342.
[18] LELOIR, *Leçons sur la Syphilis*. 1886. pag. 43.

Die Weisen, in welchen Ansteckung mit Syphilis geschehen können, können praktisch in zwei Kategorien unterbracht werden; die unmittelbare oder direkte Ansteckung, deren Typus die gewöhnlichste, die sexuelle ist; und die mittelbare oder indirekte, wie sie durch ein Zwischenglied, meistens Utensilien, geschieht.

(Fortsetzung folgt.)

Über die Diagnose der Dermatitis herpetiformis.

Vortrag, gehalten vor der American Dermatological Association auf der 11. Jahresversammlung am 1. September 1887

von

Louis A. Duhring, M. D.,

Professor der Dermatologie an der Universität von Pensylvania.

Bei der Durchsicht der Berichte über bestimmte, von Zeit zu Zeit in den letzten Jahren veröffentlichte Fälle von Hautkrankheiten sowie auf Grund der verschiedenen mir bekannt gewordenen Kritiken und Referate über meine Abhandlungen über Dermatitis herpetiformis dürfte es scheinen, als ob die Krankheit von einigen nicht deutlich aufgefafst worden ist. Nach den Verhandlungen der New Yorker Dermatologischen Gesellschaft, in welcher dieses Thema diskutiert wurde (*Journ. Cutan. and Ven. Dis.* April 1886. pag. 20) deuten die Erörterungen wohl darauf hin, dafs nicht alle Mitglieder mit den verschiedenen Phasen der Affektion vertraut waren. Die hierbei zu tage getretenen Ansichten beweisen die über diesen Gegenstand herrschende, grofse Meinungsverschiedenheit. Aus diesen und andern Gründen wünsche ich Ihre Aufmerksamkeit nochmals auf dieses Thema zu lenken, indem ich speziell die charakteristischen Merkmale und Symptome der Affektion, durch welche sie sich von andern ähnlichen Dermatosen unterscheidet, in Erwägung ziehe.

Mein erster, 1884 publizierter Artikel über diese Krankheit gründete sich auf die Erfahrung, welche ich bei einer Anzahl von mir ab und zu beobachteten Hautaffektionen mit gewissen, allen gemeinsamen Merkmalen gewonnen habe. Diese Manifesta-

tionen schienen mir auf demselben Prozefs zu beruhen und sollten daher zusammengefafst und unter einem Namen erörtert werden. Die damals aufgestellten Ansichten sind, wie ich glaube, auch jetzt noch der Hauptsache nach korrekt, sicherlich soweit sie die klinischen Studien betreffen. Da einige dieser Fälle viele Jahre unter meiner Beobachtung waren, hatte ich während dieser Zeit reichlich Gelegenheit die verschiedenen Eruptionsphasen und den Prozefs als ein Ganzes zu studieren. Seitdem haben andre Beobachter über Fälle derselben Krankheit berichtet, und ist daher zu erwarten, dafs wir bald über hinreichendes Material verfügen, um präziser definieren zu können, welche Fälle unter obigem Namen zu rubrizieren, und welche andern wohlbekannten oder schon anderweitig untergebrachten Krankheiten zuzuweisen sind.

Über die Existenz einer Krankheit „Dermatitis herpetiformis", wie sie spezieller durch Varietäten von Bläschen, Blasen und Pusteln charakterisiert wird, hege ich keinen Zweifel. Der Zweck meines heutigen Vortrages geht dahin, die typische oder gewöhnliche Bezeichnung der Affektion zu erörtern. Denn es ist aufserordentlich wichtig, sich über diesen Punkt völlig zu verständigen. Über die allgemeine oder gewöhnliche Form der Erkrankung mufs vor allem Übereinstimmung bestehen, erst dann können die verschiedenen Abweichungen von diesem Typus berücksichtigt und an ihre richtige Stelle gebracht werden, je nachdem die Erkenntnis derselben fortschreitet. Meine Erörterungen werden sich demnach nur auf die gewöhnliche Erscheinungsform der Krankheit beschränken.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen mögen bestimmte allgemeinere Punkte hervorgehoben werden. Vor allem ist es für die Auffassung des Gegenstandes wesentlich, bei einer ihrem Charakter nach so polymorphen Affektion die einzelnen Varietäten und pathologischen Formen derselben in Erwägung zu ziehen. Im Ekzem z. B. haben wir eine Krankheit vor uns, welche mit verschiedenen Arten von elementaren Effloreszenzen und in verschiedenen Varietäten beginnen kann und dann einen von jeder andren Dermatose differierenden Verlauf nimmt. Ohne hinreichende klinische Erfahrung bezüglich dieser Affektion wird

niemand imstande sein, die zahlreichen und besonderen Phasen, welche sie während ihrer Entwickelung annehmen kann, zu würdigen. Die meisten von mir beobachteten Fälle hatten einen noch wechselvolleren Charakter als das Ekzem. Vielleicht ist gerade die Polymorphie des Exanthems, wie sie sich im Verlauf des natürlichen Prozesses manifestiert, ein Hauptcharakteristikum, — bald in Form von Bläschen, bald Blasen oder Pusteln, ja in einer oder mehr Eruptionsperioden bestehen alle diese Formen gleichzeitig und bilden eine reine Mischeruption. Und gerade wegen dieser charakteristischen Eigentümlichkeit, welche in bestimmtem Umfang in fast allen Fällen vorhanden ist, ist es zum Verständnis des Prozesses als eines einheitlichen wesentlich, den Patienten unter fortgesetzter Beobachtung zu haben. In bestimmten Fällen ist es leicht erklärlich, wie zu einer Periode ein vesikulöses Ekzem, ein oder zwei Monate später irrtümlicherweise ein Pemphigus diagnostiziert werden kann. Doch kann es als feststehend erachtet werden, dafs gegebenen Falles während einer genügend langen Beobachtungsdauer die Polymorphie des Exanthems in einer oder der andren Eruptionsperiode früher oder später sich offenbart, sowie dafs diese Eigentümlichkeit in verschiedenen Intervallen und dazu wie bei keiner andren Krankheit sich wiederholen wird. Die typische Form zeigt sich in der Produktion von Bläschen, Blasen und Pusteln, die entweder gleichzeitig auftreten, also eine Mischeruption bilden, oder zu verschiedenen Zeiten als mehr oder weniger deutlich charakteristisch vesikulöse, bullöse oder pustulöse Eruptionen. Die gewöhnlichste und häufigste Form ist die Mischeruption mit vorherrschend vesikulösem Typus. Als gute Beispiele dieser Art mögen die beiden in dem *New York Med. Journ.* April 9. 1887, erörterten Fälle erwähnt werden; ferner die Fälle von Mrs. N. P. (*The Medical News.* June 2. 1883), sowie von H. H. Mck. (*New York Med. Journ.* Nov. 15. 1887); in diesen Fällen bestanden Bläschen, Blasen und Pusteln gewöhnlich gleichzeitig, doch prävalierte stets die vesikulöse Form. Diese Beispiele repräsentieren den sogenannten Herpes gestationis von Milton, Bulkley und andern, während über ähnliche Fälle unter andern Titeln von Zeit zu Zeit berichtet worden ist.

Als ich meine Ansichten über diese Krankheit ursprünglich darlegte, schien es mir ratsam, zur möglichst klaren Darstellung eines so komplizierten Themas die gewöhnlichen Phasen der Affektion unter dem Titel von Varietäten zu beschreiben, welche sich auf die vorherrschenden Elementarformen in ähnlicher Weise wie bei den Varietäten des Ekzems zurückführen lassen. Denn man muſs bedenken, daſs zwar der Prozeſs zum gleichzeitigen Ausbruch von zwei und mehr Exanthemformen inkliniert, aber doch auch Fälle nicht fehlen, in denen bei der einen oder andren Eruptionsperiode nur eine Art von Ausschlag vorhanden ist. So bestanden in verschiedenen meiner Fälle für längere oder kürzere Zeit nur Bläschen, später kamen während eines Recidivs Blasen oder Pusteln zum Vorschein. Wie es schien, lag für die Annahme von Varietäten kein Grund vor, sie bestanden in erythematösen, vesikulösen, bullösen, pustulösen, papulösen und klinisch in polymorphen Formen. Die erythematöse Form ist charakterisiert worden durch den Fall des Advokaten aus Maryland Mr. Mcl. (*Med. Record.* April 2. 1887). Die Fälle von N. B. E. (*New York Med. Journ.* July 10. 1884) sowie von Capt. K. (*Amer. Journ. Med. Sci.* Jan. 1885) zeigen beide in ausgesprochenem Grade die bullöse Form, während die pustulöse Varietät sich in den Fällen von Annie Mcl. (*Journ. Cutan. and Ven. Dis.* Vol. 11. No. 8) und von Daniel Welsh (*The Med. News.* March 5. 1887) manifestierte. Ein Beispiel der polymorphen Art bot sich in dem Falle von Mrs. M. (*The Med. News.* July 19. 1884) dar, bei welchem für eine geraume Zeit alle Phasen und Stadien von primären und sekundären Eruptionsformen in solcher Ausdehnung bestanden, daſs eine Schilderung kaum eine genügende Vorstellung von dem vorhandenen Bilde erwecken würde.

Lassen Sie mich hier auf eine kurze Schilderung der charakteristischen Symptome der Krankheit eingehen. Es kann die Frage gestellt werden, ob sich bestimmte Charaktere finden, durch welche die Affektion von andern Erkrankungen unterschieden werden kann, ferner ob die Symptome eine eigenartige Affektion kennzeichnen, oder ob dieselben nur ungewöhnliche Formen gewisser, wohlbekannter Affektionen darstellen, wie z. B. des Ery-

thema multiforme oder des Pemphigus. Besitzen wir ferner genügende Thatsachen und Beobachtungen, auf Grund welcher wir eine Schilderung einer eignen Erkrankung entwerfen können? Die letztere Frage kann nach meiner Meinung positiv beantwortet werden. Zur näheren Erörterung des Gegenstandes darf hervorgehoben werden, dafs es nicht nur wohlcharakterisierte primäre Eruptionsformen verschiedener Art gibt, sondern dafs auch sichere, offenbar abortive Formen eine augenfällige Rolle spielen. Zur Erläuterung meiner Ansicht über die letztere Art möchte ich die mangelhaft entwickelten Papeln und papelähnlichen Bläschen anführen, wie man sie nicht selten beim Herpes Zoster trifft. Zu den primären Manifestationen gesellen sich sekundäre Eruptionsformen, welche bei chronischen Fällen ein ganz bestimmtes Bild darbieten. In Fällen mit vorwiegend erythematösen Effloreszenzen sind die Eruptionen weniger gut ausgesprochen, es finden sich mehr oder weniger in Kreisform angeordnete, kleine oder gröfsere Flecke, auch Entzündungsherde, und auf denselben entstehen undeutlich abgegrenzte, erythematös-vesikulöse Formen oder flache auch zerstreute Bläschen resp. bläschenartige Eruptionsformen; dieser Umstand hat einigen Autoren Veranlassung gegeben, ein „Erythema vesicans" zu beschreiben. Ein ähnlicher, wenn nicht damit identischer Zustand findet sich zuweilen in den vorgerückteren Stadien des Erythema multiforme.

Hinsichtlich der Gestalt und Gröfse der andern Eruptionen herrscht die gröfste Verschiedenheit. Zuweilen sind die Bläschen sehr klein, von Nadelkopfgröfse, in diesem Fall sind sie in der Regel sehr zahlreich; zuweilen wieder sind sie viel gröfser und im allgemeinen variieren sie hinsichtlich des Umfanges bedeutend. Ihre Umrisse sind irregulär, gezakt oder sternförmig und haben rundliche oder ovale Form, dazu haben sie die Neigung sich abzuflachen und sich eher auszubreiten als zu erheben. Dieser Umstand trägt dazu bei, dafs die kleineren Bläschen nicht selten schwer zu entdecken sind und gewöhnlich erst bei schräger Beleuchtung sichtbar werden. In der Regel sind sie prall gespannt und haben deshalb einen perlenartigen Glanz; kurz, sie sind herpetisch. Sie erscheinen auf unbestimmt begrenzten, unregelmäfsig gestalteten und ausgedehnten Flecken, oder sie stehen

dicht beisammen oder sind mehr oder weniger deutlich gruppiert. Dieselben allgemeinen Charaktere finden sich bei den Blasen. Die Pusteln sind entweder wie bei den Bläschen klein und zahlreich, wie eine miliare Eruption auftretend, oder sie sind von Erbsengröfse und gröfser, in welch letzterem Falle sie wieder spärlich vorhanden sind. Die miliaren Eruptionen verhalten sich eigentümlich, sie sind flach, gelblich oder weifs, erheben sich auf unregelmäfsig gestalteten oder kreisförmigen Flecken und verleihen zuweilen der Oberfläche ein Aussehen, als wäre sie mit Punkten oder Knötchen besät. Sie sind im allgemeinen isoliert. Die gröfseren Pusteln von Erbsengröfse zeigen in der Regel einen Entzündungshof, sind flach oder wenig erhaben, haben eine entzündlich erscheinende Basis, ein etwas gerunzeltes und gefaltetes Aussehen, wie es bei den isolierten Effloreszenzen des Herpes *Zoster* gefunden wird.

Die Papeln, welche zuweilen auftreten, sind gewöhnlich breit, so grofs wie kleine Spliterbsen und erscheinen als unvollkommene Eruptionen, zeigen aber einen deutlich herpetischen Charakter und gleichen den Papeln des Abortivzosters. Hinsichtlich der sekundären Effloreszenzen ist zu bemerken, dafs eine unrein gelbliche oder bräunliche Pigmentierung in chronischen Fällen im allgemeinen ein vorherrschender Typus ist, viel mehr noch als das bei einem Ekzem von ähnlicher Vielgestaltigkeit und Ausdehnung der Fall ist. Krustenbildung kann als ein Charakteristikum nicht angesehen werden, doch treten gewöhnlich infolge Kratzens Exkoriationen zusammen mit beträchtlicher Verdickung der Haut auf.

Nach dieser kurzen Betrachtung der auffallendsten Eigentümlichkeiten der Effloreszenzen will ich das Gesamtbild, welche sie darstellen, erläutern. Die verschiedenen bereits erwähnten Kombinationen bilden eine hervorstechende Eigentümlichkeit der Affektion. Bei keiner andren Hautkrankheit trifft man so sonderbare Kombinationen, z. B. Erythem, Bläschen und Blasen; Bläschen und Blasen; Bläschen, Blasen und Pusteln; oder Bläschen und Pusteln, welche häufig ganz nahe beieinander stehen, und von stärkerer oder geringerer Pigmentierung, ferner von Exkoriationen und andern sekundären Veränderungen gefolgt

sind. Auch der subjektiven Symptome geschehe hier Erwähnung. Jucken und Brennen, besonders im Anfang, sind gewöhnlich in hohem Grade vorhanden. Diese Erscheinungen sind im allgemeinen sehr quälend und zeigen sich bei jeder Exacerbation oder neuen Eruptionsattacke. Dem Drange zum Kratzen können die Patienten nicht widerstehen und bekommen erst Linderung, wenn die Effloreszenzen völlig zerkratzt sind. Das intensivste Jucken veranlafst die vesikulöse Varietät; bei der pustulösen Form sind die subjektiven Symptome im allgemeinen milder, können sogar für kürzere oder längere Zeit gänzlich fehlen.

Wiederholt ist die Aufmerksamkeit auf die Eruption an sich, betrachtet als ein Ganzes, als herpetisch, gelenkt worden. Es ist von Wichtigkeit in eine genaue Präzisierung des Begriffes dieser Bezeichnung einzugehen. Was bedeutet der Terminus „herpetisch." Es kann wohl festgestellt werden, dafs derselbe sich auf gewisse Eigentümlichkeiten der Effloreszenzen bezieht; einen ätiologischen Gesichtspunkt involviert derselbe aber in keiner Weise. Unter dem Ausdruck „herpetiform" ist die Ähnlichkeit zu verstehen, welche die verschiedenen als Herpes bekannten Effloreszenzen untereinander haben, dazu gehören der einfache und febrile Herpes, Herpes Zoster und Herpes iris.[1] Bei all diesen Affektionen treten sogenannte herpetische Charaktere auf, und doch sind sie nicht alle untereinander gleich. So sind die charakteristischen Momente beim Herpes Zoster sehr verschieden von denen des Herpes iris, trotzdem aber gibt es wieder andre Eigenschaften, welche beiden gemeinsam sind und zu der ganzen Gruppe gehören. Spricht man von einer herpetiformen Krankheit, so liegt gewifs der Gedanke fern, dafs dieselbe einer Varietät von Herpes mehr ähnelt als der andren, oder mit andern Worten, dafs sie eine besondere Varietät von Herpes bildet, dafs sie vielmehr gewisse der Gruppe gemeinsame Merkmale besitzt.

Hier ist zunächst das dichte Beieinanderstehen, die Anhäufung und Gruppierung zu erwähnen, welche beim Herpes Zoster

---

[1] Anm. d. Übers. Engländer und Amerikaner bezeichnen Herpes tonsurans nicht als Herpes, sondern als Tinea trichophyt., Ringworm.

am ausgesprochendsten sind. Eine Tendenz zur Gruppenbildung wird auch bei Herpes iris beobachtet, doch in geringerem Grade, es besteht hier aber noch eine andre eigentümliche Neigung, nämlich die Disposition, an der Peripherie in mehr oder weniger ausgesprochener Kreisform allmählich sich weiter zu verbreiten. Dieselbe Tendenz findet sich auch bei einer ihrer Natur nach ganz davon verschiedenen Krankheit, nämlich der Tinea circinata parasitica, die früher der Herpesgruppe zugerechnet wurde — dem Herpes circinatus älterer Dermatologen. Blasenbildung, sogar oft typische, zeigen alle Formen von Herpes, und bei Herpes Zoster ist auch Pustelbildung die gewöhnliche Form.

Es besteht noch ein andres herpetisches Kennzeichen, das man bei allen Varietäten wiederfindet, es ist dies die außerordentliche Hartnäckigkeit der Effloreszenzen, die fehlende Disposition zur spontanen Ruptur derselben.

Ein variabler Grad von Entzündung ist allen Herpesaffektionen eigen, am wenigsten ausgeprägt ist er beim einfachen Herpes, am meisten beim Herpes Zoster und iris.

Bei Herpes des Gesichts sind die Effloreszenzen in der Regel kalt, d. h. sie zeigen nur einen geringen Entzündungshof, die Bläschen schießen plötzlich von der Oberfläche auf und sind von keiner größeren Störung der umgebenden Haut begleitet. Beim Herpes der Schleimhäute und Übergangsstellen ist die Entzündung gewöhnlich viel mehr ausgesprochen. Beim Zoster ist dieses Symptom, wie bekannt, im allgemeinen außerordentlich stark und überdies eigentümlicher Art, umschrieben, intensiv um die Bläschen herum, und verleiht der ganzen Eruption oder Eruptionsgruppe ein etwas erhabenes (reliefartiges) Aussehen, welches um einzelne Effloreszenzen und kleine isolierte Gruppen besonders deutlich ist. Derselbe Zustand findet sich in viel geringerer Ausdehnung bei Herpes iris; aber hier zeigt sich ein andres herpetisches Merkmal, nämlich die periphere Ausbreitung, in Form von einer oder mehreren Reihen von mehr oder weniger wohlbegrenzten Ringen von Effloreszenzen, insofern die zuerst im Zentrum des Fleckes gebildeten einer Involution unterliegen. Derselbe Entwickelungsprozeß findet in geringerer Ausdehnung bei Tinea circinata statt, und erscheint es mir daher wahrschein-

lich, dafs die Art der Hautnervenirritation, wenn auch verschiedenen Ursprungs, doch in beiden Erkrankungen ähnlich ist; das klinische Bild und die Entwickelung der Krankheit würde sicherlich einen solchen Schlufs rechtfertigen.

Es wird demnach klar werden, dafs der Ausdruck herpetiform mehr als einen Begriff in sich schliefst; er deutet auf verschiedene Modifikationen von Effloreszenzen, die in ihrer Form ganz verschieden sind. Beim Zoster folgt die Eruption offenbar dem Verlauf eines Nervenstammes, -astes oder -fadens. Bei den andern Varietäten läfst sich eine so ausgesprochene Beziehung zu den Nerven nicht nachweisen, obwohl hier nach meiner Meinung Grund zu der Annahme vorliegt, dafs die Hautnerven affiziert sind, sowie dafs eine eigentümliche Art von Nervenstörung die direkte Ursache der Eruption ist. Eine weitere Klärung erreicht man durch Berücksichtigung des natürlichen Verlaufes.

Viele Beobachtungen sind zu machen, wenn man den natürlichen Verlauf der Krankheit verfolgt; er ist eigentümlich und von dem jedes andren Prozesses verschieden. In der Regel zeigt die Affektion einen deutlich chronischen Verlauf, der sich über viele Jahre erstreckt. Ich habe über zwei Fälle referiert, wo dieselbe elf resp. dreizehn Jahre bestand und ohne Aussicht auf Heilung noch florid war; in andern Fällen litten die Patienten ein bis fünf Jahre daran. Es sind mir auch Beispiele erinnerlich, in denen die Affektion nur wenige Monate dauerte, dies betrifft gewöhnlich Frauen während der Schwangerschaft. die Eruption trat vor der Entbindung auf und endigte kurz nachher, wie es z. B. bei Mrs. N. P. (*The Med. News.* June 2. 1883) der Fall war. Es besteht nach allem eine sehr lebhafte Tendenz zur Chronizität und zwar trotz lokaler und interner Therapie, die in vielen Fällen nutzlos ist.

Ein andres Charakteristikum kann erwähnt werden; es besteht darin, dafs die Eruption in Form von mehr oder weniger deutlich abgegrenzten Anfällen auftritt; jeder dauert zwei bis sechs Wochen, dann folgt wieder ein fast völliger Stillstand für Wochen und Monate. Recidive von gewöhnlich kurzer Dauer zu verschiedenen Perioden bilden die Regel. Eine andre eigentüm-

liche Erscheinung während der Entwickelungsperiode der Krankheit besteht darin, dafs eine bestimmte Regel in der Manifestation der verschiedenen Arten derselben nicht befolgt wird. So kann gegebenen Falles die erste Effloreszenz vesikulös und bullös sein, die folgende pustulös, während zu einem späteren Zeitpunkt Bläschen, Blasen und Pusteln gleichzeitig bestehen können, und solche Variationen können bis in infinitum erfolgen. Ich habe mir die Mühe genommen meine referierten Fälle auf diesen Punkt zu prüfen und finde, dafs bei Capt. K. (*The American Journal of the Medical Sciences.* January 1884) zuerst Bläschen auftraten, denen am sechsten Tage Blasen folgten; der zweite Ausbruch kurze Zeit nachher war pustulöser Natur, der dritte vesikulöser, bullöser, vesiko-bullöser und pustulöser, der vierte vesiko-pustulöser Art und so fort. In einem andren, lang dauernden Falle (13 Jahre und mehr), dem des H. H. Mck. (*New York Med. Journ.* November 15. 1884) ist die Krankengeschichte folgende: zuerst Erythem oder Urticaria, dann Pusteln; das dritte Recidiv war vesikulös und bullös; das nächste vesikulös und pustulös; die folgenden Attacken waren vesiko-pustulös, vesiko-papulös, pustulös, erythematös, pustulös, vesikulös und bullös, und vesikulös, und so weiter, so dafs man endlich müde wird die vielen und kapriziösen Veränderungen aufzuzeichnen.

Meinen Studien nach will es mir scheinen, als ob der Prozefs eine regelmäfsige Reihenfolge in der Manifestation der Effloreszenzen nicht innehält; es besteht hier eine aufserordentliche Variation, und das ist ein so gewöhnliches Merkmal bei der Entwickelung des Prozesses, dafs es als ein charakteristisches angesehen werden kann. Es kann anderseits von einigen Beobachtern der Einwand gemacht werden, dafs ein ähnlicher Verlauf auch bei langdauernden Ekzemen sich findet, indessen sind hier die Variationen von einer zur andren Eruptionsform selten so rapid und scharf abgegrenzt wie bei der hier erörterten Affektion.

Hinsichtlich der Entwickelung und Involution der einzelnen Effloreszenzen ist zu erwähnen, dafs dieselben sich von denen andrer, ähnlicher Affektionen unterscheiden. Sie entwickeln sich in der Regel mit ziemlicher Schnelligkeit, wenige Tage oder eine

Woche genügen im allgemeinen zur Ausbildung der vollen Eruption; neue erscheinen fortwährend in einer oder zwei Wochen, tritt dann ein Nachlafs der Eruptionen ein, so sind die ersten inzwischen schon in weiter Ausdehnung verschwunden. Beginnt einmal ein Nachlafs, so geht die ganze Affektion gewöhnlich schnell zurück.

Nach dem Gesagten ist die Krankheit als eine ernste aufzufassen, und so ist es. Denn abgesehen von dem chronischen Verlauf und der Hartnäckigkeit des Prozesses sind die Attacken im allgemeinen sehr quälend nicht nur hinsichtlich der Anwesenheit einer so unangenehmen Eruptionsform an sich, sondern auch wegen des unerträglichen Juckens und Brennens. Solche Patienten können überdies für Wochen und Monate an das Bett gefesselt sein, noch kann man vorhersagen, wie ihr Zustand sich von Monat zu Monat gestaltet. Die Gegenwart oder Abwesenheit von Allgemeinstörungen, Schüttelfrösten und Fieber, wie bei Malaria, wird hauptsächlich von der Schwere des Falles sowie von der Natur des wirksamen Agens abhängen. So können z. B. bei Schwangeren solche Allgemeinsymptome in erhöhtem Grade vorhanden sein. Anderseits können sie in einfacheren Fällen von verschiedenen Ursachen, wie z. B. von nervöser Depression oder vom Shok abhängen und dann nur leicht sein. auch können sie völlig fehlen. Sind sie vorhanden, so machen sie sich bei jeder Exacerbation besonders bemerkbar.

Diagnose, Anamnese, Verlauf, Verteilung, Entwickelung der Eruptionen, ihre verschiedenen Kombinationen und Eigentümlichkeiten in Verbindung mit den subjektiven Symptomen müssen sämtlich in Erwägung gezogen werden. Meist ist die Diagnose bei gewöhnlicher Untersuchung leicht zu stellen, in manchen Fällen ist eine längere Beobachtung erforderlich. Die Entwickelung des Prozesses mufs stets ein wichtiges Moment bilden und in allen Fällen berücksichtigt werden.

Welche Beziehungen bestehen nun zwischen Dermatitis herpetiformis und andern wohlbekannten Hautkrankheiten? Ist sie eine ungewöhnliche Art irgend einer der andern bekannten Affektionen, oder hat dieselbe besondere, eigne Merkmale, und kann ihr demgemäfs in dem System der Hautkrankheiten eine

besondere Stelle eingeräumt werden? Sind die sie charakterisierenden Kennzeichen genügend klar ausgeprägt, um eine solche Unterscheidung deutlich zu machen? Die letztere Frage möchte ich mit ja beantworten und will ich nun Ihre Aufmerksamkeit auf die ihr am meisten ähnlichen Krankheiten lenken.

Im Anfang meiner Studien über dieselbe wurde in einigen Fällen ihre Ähnlichkeit in gewissen Entwickelungsstadien mit verwandten Affektionen aufgezeichnet; so finden wir z. B. in den Krankengeschichten von verschiedenen von mir referierten Fällen die provisorischen Diagnosen „Tinea circinata", „Ekzema", „Ekthyma", „Herpes" und „Pemphigus", und wurden diese Diagnosen nicht nur von mir selbst sondern auch von andern aufgestellt; einige der letzteren waren geneigt die vesikulösen und bullösen Varietäten als Herpesarten anzusehen und sie geradezu als Herpes gestationis, pyämicus, pruriginosus und Herpes circinatus bullosus zu bezeichnen. In anbetracht dieses Umstandes ist daher die Wichtigkeit einer Trennung der verschiedenen Varietäten der Krankheit, welche für sich bestehend so differente klinische Bilder zeigt, evident geworden.

Wer somit nur gelegentlich die Krankheit sieht, möchte wohl nicht leicht geneigt sein, die erythematöse und pustulöse Varietät auf einen und denselben Prozefs zurückzuführen. Die erstere hat eine gröfsere Ähnlichkeit mit dem Erythema multiforme als mit irgend einer andren Hautaffektion und hat, wie ich in einem meiner Fälle festgestellt habe (*Medical Record.* April 2. 1887) einige dieser Krankheit eigne Merkmale. Gewisse, gleiche herpetiforme Charaktere besitzen beide. Die Manifestation scheint in einigen Fällen eine potenzierte Phase des Erythema multiforme mit chronischem Verlauf zu sein. In zwei Fällen, die mir erinnerlich sind, schienen ungewöhnliche Formen des Erythema multiforme zu gewissen Zeiten zu bestehen, aber als andre diesen unähnliche Eruptionsformen plötzlich auftraten, war diese Ansicht natürlich hinfällig. Der Umstand an sich, dafs dieselben chronisch verliefen, widerstritt einer derartigen Auffassung. Es ist ganz bekannt, die Autoren verwerfen die Existenz eines Erythema chronicum multiforme, alle Schriftsteller nehmen nur einen akuten Prozefs an und betrachten dasselbe als eine mit spontaner

Heilung endende Affektion. So ist wenigstens z. Z. unsre Ansicht. Ich kann noch bemerken, dafs die Effloreszenzen sich von denen des Erythema multiforme commune noch darin unterscheiden, dafs sie weniger scharf begrenzt sind; sie sind weder hinsichtlich der Peripherie noch der Gestalt so deutlich markiert und bestehen mehr aus unbestimmt begrenzten Inflammationsherden als aus umschriebenen, scharf kontourierten Flecken. —

Indem ich mich zum Herpes iris wende, welcher, wie allgemein anerkannt wird, dem Erythema multiforme am nächsten steht und überdies zuweilen nur ein vorgerücktes Stadium dieser Krankheit darstellt, halte ich es für unverkennbar, dafs diese Affektion gleichfalls Merkmale mit Dermatitis herpetiformis gemein hat. Es mufs indes bemerkt werden, dafs in beiden von mir beobachteten Fällen schwerlich die Diagnose von Herpes iris von jemandem gestellt worden wäre. Der chronische Verlauf des Prozesses, wie er bei Erythema multiforme besteht, würde die Diagnose auf Herpes iris ausgeschlossen haben. Die Effloreszenzen sind dazu gar nicht von derselben Beschaffenheit wie die von Herpes iris; sie erscheinen von schlimmerem Charakter und werden von Hautstörungen intensiveren Grades begleitet, wie dies schon aus dem Charakter der Entzündung und der gewöhnlich vorhandenen Intensität der subjektiven Symptome hervorgeht, während die letzteren bei Herpes iris meist fehlen. Bei diesem ist die Eruption gewöhnlich auch lokalisiert, z. B. auf die Hände und Füfse. Universeller, über die gesamte Haut verbreiteter Herpes iris ist selten. Was das Erythema multiforme betrifft, so wird es von den Autoren als eine benigne Affektion angesehen, die zwar stets einen akuten Verlauf zeigt, aber mit spontaner Heilung endigt, nur mufs man des bekannten Umstandes eingedenk sein, dafs sie Recidiven in verschiedenen Intervallen unterliegt.

Die bullöse Varietät kann Pemphigus vulgaris gleichen, wenn sie für sich allein besteht, und kann irrtümlich dafür gehalten werden. Wenn aber vesikulöse, vesiko-pustulöse und pustulöse Formen gleichzeitig vorhanden sind, ist ein Irrtum in der Diagnose kaum möglich.

Diese eigentümliche Mischung von verschiedenen Eruptions-

formen findet bei Pemphigus nicht statt; wenn dann ferner bei dem weiteren Entwickelungsgang des Prozesses auf einen Schub Pemphigusblasen ein Ausbruch von herpetischen Pusteln und später Bläschen folgt, wird es dem Beobachter klar, dafs er es hier mit echtem Pemphigus nicht zu thun hat. Eine derartige Entwickelungsgeschichte ist unvereinbar mit Pemphigus, der stets eine Blaseneruption darstellt, mag er akut oder chronisch verlaufen, einen ersten Ausbruch oder ein Recidiv bilden. Der Fall von N. B. E. (*New York Med. Journ.* July 19. 1884) mit der bullösen Form der Krankheit wurde zu verschiedenen Perioden seines Bestandes von den behandelnden Ärzten für Pemphigus gehalten, aber diese Ansicht auf Grund der nachträglichen Veränderungen und Entwickelung der Affektion bald wieder aufgegeben.

Verschiedene andre Krankheiten mit ähnlichen Kennzeichen wie bei unsrer hier erörterten Affektion können hier kurz erwähnt werden; so entwickeln sich gelegentlich bei Urticaria solche Symptome, und scheint diese Erkrankung ein Mittelding zwischen jener und Erythema multiforme zu sein, nichts destoweniger aber kennzeichnet der plötzliche Eintritt sowie der intensiv juckende Charakter der Effloreszenz die Urticaria. Eine bullöse Form von Urticaria dürfte wohl in keinem Stadium derselben vorkommen. In dem Fall von James W. (*Phila. Med. Times.* July 12. 1884) fanden sich zur Zeit Pusteln, welche flach, ausgebreitet und serpiginös waren; hier war von einem Arzte die Diagnose auf pustulöses Syphilid (Ekthymaform) zuerst gestellt und der Patient demnach einer antisyphilitischen Behandlung unterworfen worden. Solch ein grober Schnitzer dürft indes selten jemandem begegnen, welcher nur einige dermatologische Kenntnisse besitzt. Denn keine einzige Varietät deutet auch nur irgend wie auf Syphilis hin. Der eben erwähnte Fall hatte in einer späteren Periode auch einige Ähnlichkeit mit einem stärker entwickelten Stadium der Tinea circinata. Die kleinen stecknadelkopfgrofsen, gelblichen, flachen Pusteln unmittelbar um die kreisförmigen und sich ausbreitenden Flecke herum liefsen auf einen vegetabilischen Parasiten als Agens schliefsen.

Es erübrigt nur noch gewisser Krankheitsnamen zu gedenken,

wie im besondern der Hydroa einiger Autoren und der Hebra-schen Impetigo herpetiformis. Diese Krankheitsformen können indessen nicht genügend erörtert werden ohne ein detailliertes Eingehen in dieselben, und erscheint es daher am besten hier sie gar nicht zu berühren.

Zum Schluſs muſs ich noch hinsichtlich des Namens Dermatitis herpetiformis und der Gründe für die Wahl dieser Bezeichnung ein Wort hinzufügen. Ein neuer Name war erforderlich und zwar ein solcher, der, ohne auf ein schon okkupiertes Terrain überzugreifen, am genauesten das Wesen der Sache ausdrückt. In anbetracht der ausgesprochen entzündlichen Natur des Prozesses war der Allgemeinbegriff Dermatitis einwurfsfrei. Auf Grund der Thatsache, daſs Polymorphie während des ganzen Krankheitsverlaufes ein hervorstechendes Zeichen war, hielt ich im Beginn meiner diesbezüglichen Studien die Bezeichnung polymorph oder multiform für passend; dieser Begriff schien mir auſserdem weit genug, um gegebenen Falles eine lange Reihe von mehr oder weniger ähnlichen Exanthemen in sich zu schlieſsen. Aber in Hinsicht darauf, daſs unsre Nomenklatur bereits eine gut definierte und allgemein anerkannte Dermatitis von verschiedener Art mit einem sehr ähnlichen Titel, nämlich Erythema multiforme, enthielt, schien mir genügend Grund vorhanden, mich nach einem andren umzusehen. Verwirrung, ja selbst der Schein einer solchen, muſste vor allem vermieden werden. Dermatitis multiformis hätte man leicht und natürlicherweise für ein vorgerücktes Stadium von Erythema multiforme ansehen können. Es war deshalb eine andre und präzisere Bezeichnung wünschenswert; diese schien mir in dem Wort herpetiformis zu liegen, zumal dieser Terminus bereits mit einer verwandten Krankheit, der von Hebra beschriebenen Impetigo herpetiformis verbunden war. Herpetiform bezeichnete überdies das am meisten charakteristische Merkmal des pathologischen Prozesses. Es wurde als ein wesentliches angesehen, ohne welches die Krankheit überhaupt nicht existierte, und deshalb war herpetiform passender als multiform, welch letztere Bezeichnung nur auf das klinische Gepräge der Krankheit sich beziehen konnte. Dieser ihr originaliter verliehene Name scheint mir ganz passend und kann auch

vorläufig beibehalten werden, bis unsre Kenntnis der Krankheit vollständiger als jetzt ist. —

(Übersetzt von Dr. LIER, Kreuznach-Hamburg.)

Plumbum causticum (Gerhardt) zur Behandlung der spitzen Kondylome.

Von

Dr. MAX BOCKHART

in Wiesbaden.

GERHARDT emphahl i. J. 1883 eine Auflösung von Bleioxyd in Kalilauge — „Plumbum causticum“ — zur Behandlung gewisser Formen von spitzen Kondylomen, nachdem er dieses Arzneimittel längere Zeit hindurch in der damals unter seiner Leitung stehenden Syphilis-Klinik in Würzburg angewandt und als vorzüglich wirksam erprobt hatte.[1]

Das Plumbum causticum (GERHARDT) ist seitdem vielfach und mit demselben vorzüglichen Erfolge angewandt worden. Ich selbst habe seit vier Jahren die von GERHARDT bezeichneten Formen von spitzen Kondylomen stets mit diesem Arzneimittel behandelt. Ich werde im folgenden über die Resultate dieser Behandlungsmethode sowie über die Art der Anwendung des Plumbum causticum berichten.

Das Plumbum causticum (GERHARDT) ist eine 3,3 %ige Lösung von Bleioxyd (Lithargyrum, Bleiglätte, PbO) in starker Kalilauge. Die Kalilauge mufs 33 %ig sein (= Kali caust. fus. 33, Aq. dest. 67). Man löst zum gewöhnlichen Gebrauche am besten 0,25 Bleioxyd in 7,5 ccm der 33 %igen Kalilauge. Das Bleioxyd löst sich rasch und leicht nur in der kochenden Kalilauge. Diese alkalische Bleioxydlösung — oder, wie sie von GERHARDT passend benannt wurde, das Plumbum causticum —

---

[1] GERHARDT, Alkalische Bleioxydlösung zur Behandlung der spitzen Kondylome. *Sitz.-Ber. der phys. med. Ges. zu Würzburg.* 1883. Ref. in diesen *Monatsheften.* 1885. No. 5. pag. 163.

ist eine ganz leicht trübe und schwach graugelbe Flüssigkeit, die in einem mit Glasstöpsel gut verschlossenen Glas beliebig lange Zeit aufbewahrt werden kann, ohne sich zu verändern.

Das Plumbum causticum wird auf folgende Weise zur Behandlung spitzer Kondylome angewandt: Ein dünnes Holzstäbchen wird an einem Ende mit einem Flöckchen Watte umwickelt und so zu einem Wattepinsel hergerichtet. Mittels dieses Wattepinsels wird das Plumbum causticum auf das zu entfernende spitze Kondylom gebracht, indem man mit diesem in die Ätzflüssigkeit getauchten Pinsel das Kondylom so lange betupft und bestreicht, bis sich dasselbe in einen schwärzlichen Brei verwandelt hat, und die Ätzflüssigkeit bis in den Mutterboden des Kondyloms eingedrungen ist. Diese kleine Operation kann mit einiger Geschicklichkeit schnell und leicht ausgeführt werden.

Ist das zu entfernende Kondylom nicht ganz klein, dann mufs man diese Operation in mehreren Absätzen durchführen. Das Plumbum causticum wirkt nämlich nicht sehr intensiv in die Tiefe. Man mufs daher, wenn der oberste zuerst betupfte Teil des Kondyloms in den schwärzlichen Brei sich verwandelt hat, und das Plumbum causticum nun nicht mehr durch diesen Brei hindurch weiter in die Tiefe wirken würde, denselben mit trockener Watte wegwischen und die nun freigelegte Substanz des teilweise zerstörten Kondyloms aufs neue ätzen. Auf diese Weise verfährt man weiter, bis man an der Basis des Kondyloms angelangt ist. Man hört zu ätzen auf, sowie die durch die Ätzung entstandene kleine Wundfläche im Niveau der umliegenden gesunden Haut oder ein ganz klein wenig unterhalb desselben sich befindet.

In der letzten Zeit benutzte ich häufig das Plumbum causticum in fester Form, nämlich als Plumbum causticum-Stift, an Stelle der Gerhardtschen Lösung. Diese Stifte wurden von Hrn. Apotheker Seyberth in Wiesbaden hergestellt. Sie entstehen durch Auflösung von 2 Teilen Bleioxyd in 8 Teilen geschmolzenem, reinem Ätzkali. Ein Stift enthält also in 100 Teilen 80 Teile Kali causticum fusum und 20 Teile Bleioxyd. Diese Plumbum causticum-Stifte sind härter und weniger hygroskopisch als Stifte von reinem Kali causticum. Sie haben eine graugelbe

Farbe. Im wohlverschlossenen Glasröhrchen können sie beliebig lange Zeit aufbewahrt werden, ohne sich zu verändern. Beim Gebrauche eines Stiftes wird das Ende desselben, das der Operateur in der Hand hält, mit Guttaperchapapier umwickelt. Zum Zerstören der spitzen Kondylome wird der Plumbum causticum-Stift in derselben Weise angewandt wie der in die Plumbum causticum-Lösung getauchte Wattepinsel. Die Plumbum causticum-Stifte wirken viel intensiver als die Plumbum causticum-Lösung, und gelingt mit jenen die Zerstörung eines spitzen Kondyloms viel rascher als mit dieser. Die Stifte haben jedoch den Nachteil, dem Kranken ziemlich heftigen Schmerz zu verursachen, während die Anwendung der Plumbum causticum-Lösung mit nur sehr geringer Schmerzempfindung seitens des Patienten verbunden ist.

Bei der Ätzung eines spitzen Kondyloms mit Plumbum causticum wird jenes, wie schon oben erwähnt wurde, in einen schwärzlichen Brei verwandelt. Die schwärzliche Farbe dieses Breies rührt von dem Schwefelblei her, das sich während der Ätzung aus dem in der Haut enthaltenen Schwefel und dem Blei des Plumbum causticum bildet.

Zur erfolgreichen Behandlung mit Plumbum causticum eignen sich, wie schon GERHARDT mitgeteilt hat, nicht alle spitzen Kondylome ohne Ausnahme, sondern nur ganz bestimmte Formen derselben, aber gerade jene am besten, deren Entfernung dem Arzte sonst am meisten Mühe und Ärger verursachte. Ungeeignet für die Behandlung mit Plumbum causticum sind jene mächtigen, faustgroßen und größeren Geschwülste von spitzen Kondylomen, die man am zweckmäßigsten mit dem Messer entfernt. Wenig geeignet zur Behandlung mit Plumbum causticum sind ferner die größeren pilzartigen Massen von spitzen Kondylomen, deren Wachstum vorwiegend der Fläche nach stattfindet. Auch diese werden am besten mit dem Messer oder der Schere entfernt. Doch kann man hier, wenn man die Hauptmasse dieser Kondylome mit einem schneidenden Instrument entfernt hat, den Stumpf zweckmäßig mit Plumbum causticum zerstören. Am geeignetsten zur Behandlung mit Plumbum causticum sind jene spitzen Kondylome, deren Wachstum hauptsächlich der

Länge nach stattfindet, also die hahnenkammartigen Kondylome. Die vorzüglichsten Dienste aber leistet das Plumbum causticum bei der Behandlung der kleinen, isolierten, enge beisammen stehenden spitzen Warzen, von denen ZEISSL[1] sagt: „Das spitze Kondylom besitzt eine Repullationsfähigkeit, welche von der eines andren Neugebildes kaum übertroffen wird. In vielen Fällen gleicht das Bemühen des Arztes, diese warzigen Gebilde zu entfernen, dem Kampfe mit der Lernäischen Schlange. Einen Zapfen trägt man ab und fünf andre wachsen nach. Den hartnäckigsten Widerstand leisten die kleinen, hanfkorngrofsen, stipenartigen, enge aneinander stehenden Warzen.“ Gerade bei der Behandlung dieser spitzen Kondylome bewährt sich das Plumbum causticum am besten. Wenn man diese Kondylome, die zumeist bei Frauen vorkommen, mit dem GERHARDTschen Ätzmittel geschickt ätzt, dann ist von einem „Kampfe mit der Lernäischen Schlange“ nicht mehr die Rede: die einmal weggeätzten Kondylome wachsen nicht mehr wieder. Radikale Wirkung ist die eine Eigenschaft des Plumbum causticum bei der Behandlung aller für dieses Ätzmittel geeigneten Kondylomformen.

Die Behandlung der spitzen Kondylome mit Plumbum causticum gewährt aber, wie GERHARDT ebenfalls betont hat, auch noch einen andren wesentlichen Vorteil. Man kann nämlich, wenn man geschickt verfährt und einige Übung in dieser Sache besitzt, die Ätzwirkung des Plumbum causticum, das ein verhältnismäfsig mildes Ätzmittel ist, genau auf die einzelne Warze, die man entfernen will, und deren Mutterboden beschränken. Die nach einer solchen Ätzung entstandenen Geschwürchen sind kleiner als die mit irgend einem andren Ätzmittel hervorgebrachten und heilen überraschend schnell zu. Wenn man spitze Kondylome der Eichel, des Introitus vaginae, der weiblichen Fossa navicularis (Vertiefung der Schamspalte hinter und über dem Frenulum labiorum) und der Vagina mit irgend welchen andern Ätzmitteln gründlich behandelt, so entstehen Geschwürchen, die in der Regel erst nach längerer Zeit, oft erst nach vielen

[1] *Lehrbuch* 1875.

Tagen zuheilen. Die nach einer Plumbum causticum-Ätzung von spitzen Kondylomen an den genannten Stellen entstandenen Geschwürchen heilen aber sehr viel schneller, ja geradezu überraschend schnell zu. Wenn diese Geschwürchen klein sind — etwa vom Umfange eines Stecknadelkopfes —, dann sind sie in der Regel schon nach 24 Stunden, wenn sie gröfser sind, von der Gröfse einer Linse bis zu der eines Zehnpfennigstücks, dann sind sie nach 2 bzw. 3—4 Tagen zugeheilt. Zur Beschleunigung der Heilung bedecke ich die geätzten Stellen mit kleinen in Bleiwasser getauchten Wattekompressen, die ich öfters im Tage erneuern lasse.

Diese beiden, eben genannten Eigenschaften des Plumbum causticum — 1. radikale Wirkung, 2. Bildung von möglichst kleinen Ätzgeschwüren, die aufserordentlich rasch heilen — machen es zum wertvollsten Mittel für die Behandlung der oben bezeichneten Formen von spitzen Kondylomen.

Referate.

E. M. Crookshank, **Manual of Bacteriology.** 2. edition. London 1887. — **Photography of Bacteria.** London 1887.

Die Werke von Crookshank, dem verdienten Demonstrator am Kings College in London, vertreten in England, was Frankreich an dem Werke von Cornil und Babes, Deutschland in seinen Lehrbüchern von Hüppe, Flügge und Baumgarten besitzt. Dafs von dem Manual nach einem Jahre bereits eine neue Auflage notwendig wurde, zeigt, dafs die luxuriöse Anlage und Ausstattung des Ganzen für englische Verhältnisse wohl berechnet war. Neunundzwanzig kolorierte Tafeln und 137 zum Teil auch kolorierte Holzschnitte aufser der Übersichtstafel am Anfang des Buches, ein ausnehmend grofser Druck und feines Papier sind Dinge, welche in Deutschland der Verbreitung des sehr praktischen Werkes im Wege gestanden haben würden.

Es zerfällt in drei Teile, deren erster die allgemeinen Methoden der mikroskopischen Untersuchung, Färbung, Züchtung, Impfung der Mikroorganismen, deren zweiter, kurz gehaltener, die allgemeine Biologie derselben sowie einiges über Desinfektion und Immunität, und deren dritter die systematische Beschreibung der Bakterien enthält. In einem Appendix folgen noch einige isolierte Kapitel über Hyphomyceten, die Flagellaten des Blutes, deren Kenntnis wir bekanntlich zum grofsen Teil Crookshank verdanken, und eine kurze Anweisung zur Untersuchung der Luft, des Wassers und Bodens auf Mikroorganismen.

Das Motto des ganzen Werkes ist: möglichst praktisch und möglichst kurz, und daher ist es ein wirklich ausgezeichneter Führer für den Anfänger und Laboranten. Dem ersteren Zweck dienen unter andrem die vielen Abbildungen, vom Anlegen eines Faltenfilters und Durchschneiden der Kartoffel angefangen; sodann die möglichst vollzählige Aufführung der bisher bekannten Saprophyten und Parasiten und endlich ein am Schluſs der zweiten Auflage hinzugefügtes Litteraturverzeichnis. Die Kürze ist erreicht besonders durch Beschränkung alles Theoretischen und Historischen auf das Notwendigste. Es ist sehr zu wünschen, daſs das Buch in künftigen Auflagen diesem Prinzipe treu bleibe und nicht etwa durch Aufnahme theoretischer Kapitel oder längere Beschreibungen sich dem Prinzip der deutschen Lehrbücher nähere. Die luxuriöse Anlage des Ganzen möge im Gegenteil dazu verwandt werden, dem Laboranten etwas zu geben, was gar nicht im Bereich jener andern Lehrbücher liegt, nämlich die Vorführung der Reinkulturen im Bilde von möglichst zahlreichen Parasiten und Saprophyten mit Hervorhebung ihrer charakteristischen Unterschiede. Das würde dem Anfänger die Bestimmung seiner Reinkulturen ungemein erleichtern und dem ganzen Buch einen internationalen höheren Wert verleihen. Dazu brauchten gar keine neuen Farbentafeln eingerichtet, sondern nur eine groſse Anzahl von Luxustafeln durch andre ersetzt werden. So halten wir es z. B. für ganz überflüssig, daſs von denselben Bacillen (B. anthracis, B. figurans, der Mäuseseptikämie, der Lepra und Tuberkulose) zwei bis fünf verschiedene Darstellungen vorhanden sind; daſs überhaupt die Mikroorganismen auſser in Reinkulturen und isoliert auch noch in Gewebsschnitten wiederkehren, eine Aufgabe, die doch hier nur nebenbei und nicht in der Weise wie in dem französischen Werke verfolgt wird; daſs endlich von den Reinkulturen stets ganze Reagiergläser, ganze Kartoffeln abgebildet werden, da kleine Teile der Oberfläche schon genügten und das 4—6-fache auf einer Tafel zu geben erlaubten. Wir glauben, daſs das Crookshanksche Werk seiner Anlage nach, als eines mit ausführlichem Text versehenen Bilderwerkes, auch das einzige der genannten Lehrbücher ist, welches dieses Bedürfnis aller bakteriologischen Laboranten wirklich befriedigen kann, wie es demselben denn bereits in vielen Tafeln (2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 21, 24, 26) entgegen kommt. Wir können uns nur freuen, daſs jetzt auch in englischer Sprache ein Lehrbuch der bakteriologischen Wissenschaft von so groſsem praktischen Werte existiert, welches gewiſs diesem neuen Wissenszweige in England und Nordamerika sehr bald eine groſse Anzahl von Schülern zuführen wird.

Ein sehr wertvoller Anhang zu dem Manual ist der photographische Atlas des Autors, welcher zugleich ein kurzgefaſstes Lehrbuch der Mikrophotographie darstellt. Der unvergleichliche Nutzen der Photographie zur Identifizierung und Unterscheidung von Bakterien und zum Studium ihrer feinsten Details ist in Deutschland allgemein anerkannt. Aus vielen

guten Photogrammen dieses Atlasses, die zum Teil mit enormer Vergrößerung (3000) wiedergegeben werden, ist dies auch sofort ersichtlich. Man vergleiche z. B. die beiden, bei genau 2500facher Vergrößerung dargestellten, auf einer Tafel übereinander befindlichen Kochschen und Finklerschen Spirillen. Im ganzen geht der Zweck des Autors jedoch weniger dahin, bereits in Form von Photogrammen eine übersichtliche Darstellung des gesamten bakteriologischen Gebietes zu geben, sondern in mehr vorläufiger Weise das Interesse seiner Landsleute für diesen Teil der Mikrologie anzuregen und ihnen den Beweis zu liefern, daſs sich mit verhältnismäſsig einfachen Mitteln schon sehr hübsche Resultate auf diesem Gebiete erzielen lassen. Wir sind überzeugt, daſs bei dem Überflusse an Zeit und Geld, welcher in England für mikroskopische Arbeit vorhanden ist, dieser Anstoſs dort sehr bald zu einer ausgedehnten Bearbeitung der Bakteriophotographie führen wird. Auch hier möchten wir den geschätzten Autor darauf aufmerksam machen, daſs er auf Grund dieser Vorstudie und nun auch im Besitze der neueren von Zeiss eingeführten Verbesserungen der Linsen (speziell für photographische Zwecke) vielleicht der erste sein dürfte, einen vollständigen Atlas sämtlicher bekannter Mikroorganismen mit absolut verläſslichen Zahlenangaben über die Vergrößerungen zu edieren. Für einen solchen wären die farbig ausgeführten, nachträglichen Vergrößerungen der Negative des jetzigen Atlasses nicht notwendig, da der Beschauer scharfe Photogramme mit der Lupe ansehen kann; sie würden vielmehr der Photogrammgröſse auf Tafel 19—22 Platz machen können, wo eine Tafel die Photogramme von 12 Bakterienarten enthält. Ebenso dürften Photographien von Schnitten für einen solchen Zweck ruhig in Fortfall kommen. Möge es dem strebsamen, von seiner Gattin bei diesen Arbeiten eifrigst unterstützten Bakteriologen vergönnt sein, noch recht viele Auflagen seine Werke dem Fortschritte der Bakteriologie dienstbar machen zu können.

Unna.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Frankreich.

Annales de Dermatologie et de Syphilographie. Band VIII. Heft 10 u. 11

Heft 10. 1. Originalabhandlungen.

Bemerkung über die primitive Plaque der Pityriasis rosé von Gibert, von L. Brocq. Dieses Leiden beginnt in nicht ganz seltenen Fällen mit einer einzigen fast nur kreisrunden Eruption namentlich an Brust, Bauch oder Oberarmen. Diese sich allmählich vergröſsernde Eruption besteht 8—10 Tage, bisweilen noch länger, ganz allein, ehe sich weitere Plaques dazu gesellen. Sollte die weitere Forschung dies als die Regel hinstellen, so wäre dies Verhalten für die Differentialdiagnose sehr zu verwerten.

Über die Verimpfung von Lepra auf Tiere, von LELOIR. L. nimmt auf seine früheren Abhandlungen Bezug, in denen er nachgewiesen hat, daſs die Anwesenheiten von Bacillen um eine Impfstelle herum nicht den sichern Schluſs gestatte, daſs man es hier mit einem leprösen Herd zu thun habe. Denn wenn man Lepromstückchen verimpft, in denen man die Leprabacillen sicher getötet hat, so findet man nach einiger Zeit die toten Bacillen doch in dem umgebenden Gewebe. Sie werden nämlich ebenso von den neugebildeten Lymphzellen aufgenommen, wie die verschiedenen Farbstoffe, z. B. Karmin. — L. freut sich, daſs CAMPANA (*Vierteljahresschrift für Dermatol.* Juni 1887) zu gleichen Ergebnissen gekommen ist.

2. Kasuistik. Macula atrophica cutanea nach interstitieller Resorption eines sekundären generalisierten Syphilids, von M. NIVET. — Fall von sekundärer Arthritis syphilitica, von G. CHEMINADE.

Heft XI. 1. Originalabhandlungen.

LEON BASSEREAU (1810— 1887). — P. MERKLEN gibt eine kurze Biographie des am 1. Nov. 1887 zu Paris verstorbenen Syphilidologen L. BASSEREAU. Er war der Begründer der Lehre von der zweifachen Form des Schankers.

Beitrag zum Studium des Erythema polymorphum, von HASHALTER. Die Ansichten über das Erythema multiforme sind noch keineswegs geklärt. Die einen erblicken darin eine rheumatische Affektion; LEWIN will es den Angioneurosen zuweisen, während man neuerdings, namentlich in Frankreich, geneigt ist, es unter die akuten zu gruppieren. Von diesen Gesichtspunkte ausgehend, ist es SPILLMANN 1880 bei einem Fall von Pemphigus acutus gelungen, in dem Serum der Blasen Stäbchen nachzuweisen. Zwei Jahre später fand GIBIER auch in dem Harn eines Pemphiguskranken eine sehr bewegliche Bakterienart. Ähnliche Befunde wurden bald darauf von RIEHL und COLRAT veröffentlicht, während die Untersuchungen von LELOIR und MOLÈNES-MAHON negativ ausfielen.

Verf. hatte nun Gelegenheit, zwei junge Leute zu beobachten, die an Erythema multiforme erkrankt waren. Die Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt. In dem einen Falle handelte es sich um ein Erythema papulosum mit kleinen Bläschen zwischen den einzelnen Papeln; der zweite Fall betraf ein Eryth. bullosum. Beidemal gelang es, aus dem Serum der Blasen sowohl wie aus dem Harn, auf Agar-Agar oder peptonisierter Gelatine unter allen aseptischen Vorsichtsmaſsregeln nach einigen Tagen Kulturen zu gewinnen, die aus einer schmutzig weiſsen Haut bestanden. Sie verflüssigten die Gelatine nicht; sie waren zusammengesetzt aus rundlichen Kokken, die meist zu zweit oder in Ketten angeordnet waren; diese Ketten zeigten Bewegung. Zwei, ja sechs Wochen alte Meerschweinchen, die damit geimpft wurden, starben nach zehn Stunden. Ihr Blut enthielt die

nämlichen Mikrokokken. Bei älteren Meerschweinchen und Kaninchen blieb die Impfung ganz erfolglos.

Verf. kommt zu folgendem Schlufs: Wenn in weiteren Untersuchungen bei den verschiedenen Formen des Eryth. multiforme — bei dem Erythema papulosum; E. vesiculosum; E. nodosum und E. bullosum — dieselbe Mikrobie gefunden wird, so ist der Beweis geliefert, dafs 1. dieser Mikrokokkus die Ursache der Krankheit ist, und 2. die verschiedenen, unter Erythema polymorph. zusammengefafsten Hauteruptionen dieselbe Ursache haben.

Über eine ungewöhnliche Aufeinanderfolge der syphilitischen Symptome, von H. Hallopeau. Gewöhnlich ist die syphilitische Erkrankung um so unscheinbarer und hat einen um so tieferen Sitz, je älter die Ansteckung ist, und umgekehrt: die Symptome der frischen Syphilis erstrecken sich meist über den ganzen Körper, sind aber nur oberflächlicher Natur. Jedoch kommen von dieser Regel auch Ausnahmen vor. Verf. teilt eine einschlägige Beobachtung mit. Eine 48-jährige Frau bekam vier Jahre nach der ersten Ansteckung, nachdem sie schon umschriebene Hautgeschwüre von beträchtlicher Tiefe und eine Durchlöcherung des Gaumens hatte, über den ganzen Körper einen lichenartigen Hautausschlag von unzweifelhaft syphilitischer Natur; der Ausschlag verschwand erst wieder nach 8monatl. Bestand und nach einer eingreifenden antiluetischen Behandlung.

2. Bücherschau. **Zwei Fälle von extragenitalem Schanker**, von A. Morel-Lavallée. In dem einem Falle safs der Schanker in der linken Nase; im andern an der Oberlippe.

Hamburg. F. Türkheim.

Österreich.

Über die **neuere Therapie des Ekzems** hat Veiel einen Vortrag gehalten und *Allg. W. med. Ztg.* 1887. Nr. 36 veröffentlicht. Nachdem er kurz die Frage berührt, ob Ekzem eine lokale oder konstitutionelle Erkrankung ist, geht er zur Therapie des chronischen Ekzems über. V. ist u. a. gegen Viola tricolor (Piffard und Ferguson) als Thee, natürlich auch gegen Hg und Jod, gegen Ergotin und Schwefelcalcium. Für Arsenik nur bei gleichzeitiger äufserlicher Behandlung. (Nur in einem Falle bei einer Dame Idiosynkrasie: jedesmal nach Arsen akutes Ekzem.) Wo er bei Anämie Fe mit As verbindet, gibt er Fe eine Stunde vor, As eine Stunde nach den Mahlzeiten. Roncegno wird auch als sehr brauchbar erwähnt.[1] Bei

[1] Ref. zieht seit kurzem Levico vor. Zum mindesten ist es wohlschmeckender. Nicht blofs an sich selber innerhalb einiger Monate bereits, sondern auch an einzelnen Fällen, besond. von Chlorose, hat Ref. es bewährt gefunden und kann es aufrichtig empfehlen.

den skrofulösen Ekzemen der Kinder Leberthran innerlich gut, äufserlich gleich einem andern Fett. (Kaposi ist bekanntlich andrer Ansicht. Ref.) Diät individuell zu modifizieren. (Schwenninger 1886.) Symptomatisch gegen das Jucken Chloralhydrat und Bromkalium, ev. starke Dosis Morphium subkutan. Karbolsäure innerlich nutzlos.

Bei akutem Ekzem (noch nicht nässend) rühmt V. „die Pickschen Leime und vor allem den Unnaschen weichen Zinkglycerinleim als von vorzüglicher Wirkung, ja oft magischem Erfolge."

2 % Ammon. sulfo-ichthyol. als austrocknender Zusatz zum Zinkleim vorteilhaft. — Wo Zinkleim nicht vertragen wird, kaltes trockenes Stärkemehl, in Verbandgaze eingeschlagen und in sehr dicker Schicht auf gelegt. Diese Stärkemehlkissen werden unter einer mit Eis und Salz gefüllten Bettflasche immer wieder abgekühlt und fleifsig gewechselt. Bei sehr stark juckendem Ekzema papul. vorsichtige Waschungen mit Spiritus oder einer schwachen wässerigen Lösung von essigsaurer Thonerde (10 : 200) oder Borax mit etwas Glycerin (Borax 3,0, Acid. salicyl. 0,3, Aq. 170,0, Glycer. 30,0). Doch reizt Glycerin manchmal schon. — Von den Pasten empfiehlt V. Lassars Zinksalicylpaste. Besonders warm empfiehlt er Unnas Zinkbenzoesalbenmull und den stärker wirkenden Bleisalbenmull. (Refer. kann dies wie bezüglich des Salicyl-Guttapercha-Pflastermulls aus eigner mehrjähriger Erfahrung bestätigen.)

Chronisches Ekzem: Zur Entfernung der Schwielen, besonders an Hohlhand und Fufssohle, eignet sich vorzüglich Unnas Salicyl-Guttapercha-Pflastermull. (Nässende Stellen sind zu behandeln wie beim akuten Ekzem, besonders mit Zusatz von 1—2 % Ichthyol. Als trocknendes Mittel beim Ekzem empfiehlt V. überhaupt Ichthyol, sowie zum Abtrocknen umschriebener Stellen das Picksche Salicylseifenpflaster, welches er in einer 5—20-prozentigen Konzentration anwendet. (Referent ist zumeist mit einer geringeren Konzentration in zahlreichen Fällen ausgekommen und hat gute Resultate damit erzielt.)

Beim Kopfgrind der Kinder empfiehlt V. als vorzüglich eine Salicylfettsalbe 5—10%ig. Für das Ekzem des Gesichts ist sie zu stark. Lassars Paste oder Unnas Zinkbenzoesalbenmull oder eine Tanninsalicylsalbe (℞. Acid. tannic. 1,0, Acid. salic. 0,2, Ungt. leniens 10,0) sind hier vorzuziehen. Anstatt des zu teuren Ungt. leniens läfst V. für seine Heilanstalt seit Jahren ein billigeres Ungt. leniens bereiten, das nicht teurer als Schweinefett ist: (Cerae alb. 6,0, Seb. benzoinat. 10,0, Ol. Olivar. 54,0, Aqu. dest. 25,0, Ol. odorat. q. s.).

Nachdem V. einen kurzen Überblick über die verschiedenen Stoffe gegeben, welche die Stelle des Fettes in den Salben vertreten, nachdem er ferner auch der von Letzel empfohlenen und von Helfferich im grofsen bereiteten Saponimente gedacht hat, die bei trocknenden, schuppenden Ekzemformen verwendbar sind, bespricht V. die Behandlung mit Teer. Auf besonders hartnäckige, dem Teer nicht weichende, harte, infiltrierte

Stellen empfiehlt V. Pyrogallussäure und Chrysarobin; erstere 10 %ig beim trockenen Ekzem der Hohlhand und bei hartnäckigem Ekzema squamosum capitis. Bei der Anwendung des Chrysarobins anfangs 2 %ige bis eventuell 10 %ige Salbe. Die umgebende gesunde Haut wird von der Einwirkung des Chrysarobins durch vorherige Bepinselung mit Zinkgelatine geschützt. Auch das Resorcin wirkt in einzelnen Fällen bei Ekzem des Kopfes günstig, doch hält V. es wie das Naphthol wegen der unsicheren, oft reizenden Wirkung für kein empfehlenswertes Ekzemmittel.

Aus Picks Klinik veröffentlicht R. Winternitz eine Arbeit über den **Einfluſs des Erysipels auf Lupus.** Er berichtet über drei Fälle von Gesichtslupus, die das Gemeinsame hatten, daſs sich klinisch gleichzeitig mit den Hauterscheinungen des Erysipels Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Halslymphdrüsen einstellte. Nicht eine Herabsetzung, sondern eine Erhöhung der „Validität des Lupus“ (dieser Ausdruck des Kollegen ist gut gemeint, aber kaum selbst validus zu nennen) kann W. aus diesen drei Fällen konstatieren. Picks Epikrise, der wir uns nur ganz und voll anschlieſsen können, lautet, daſs therapeutische Eingriffe und alle Zustände, die starke Entzündungserscheinungen der lupösen Stellen und ihrer Umgebung setzen, ohne sicher alles Krankhafte zu entfernen, schädlich wären, weil in der zurückbleibenden Infiltration die Lupusherde den besten Verbreitungsboden finden.

Zur Pflege der Hautkultur hat Stabsarzt Ulmer im *Militärarzt* (1887 No. 16) einen sehr lesenswerten Aufsatz betitelt. Er empfiehlt für Österreich nach dem Analogon des preuſs. Kaiser Franz Grenadier-Regiments Brause-Badeanstalten in Kasernen. Er betont die geringen Kosten, da dort um 2 Mark, den Preis für $1^1/_2$ Zentner Kohle, Wasser für 400 Mann ca. auf 28° R. erwärmt werden kann.

Über Myxödem betitelt sich der Aufsatz des Bezirksarztes Fuchs, Jungbunzlau (*Prag mediz. Wochenschr.* 1887. Nr. 16), der in fast zu knapper Form den Fall eines 62j. Ökonomen, „des Vaters eines normalen Sohnes“, behandelt. F. hebt hervor: Hereditäre Belastung, die nervösen Erscheinungen gehen den merklichen Veränderungen an der Haut voran. Dies spräche für Gehirnkrankheit als ätiologisches Moment. — Die Kombination mit Pachydermie lasse Charcots Bezeichnung als Cachexie pachydermique zutreffend erscheinen. Endlich hätten wir in diesem Falle keinen Anhaltspunkt, eine Affektion — Schwund — der Schilddrüse mit dem Krankheitsprozesse in ätiologischer Verbindung zu vermuten.

Zur Kasuistik der akuten hämorrhagischen Diathese ist der Titel eines ganz kurzen Aufsatzes von A. Fuchs (Jungbunzlau), der zwei Fälle erwähnt. 62j. Frau, sehr fett, kein Verdacht auf Hämophilie, bekommt am 12. Tage nach einer linksseitigen Pneumonia migrans, wo sie bereits fieberlos war, ausgebreitete Hämorrhagien in der Haut des Gesichts, Rumpfes,

besonders der Extremitäten und am meisten der Finger und Zehen. An der Schleimhaut des Mundes kleine Suffusionen, Uvula sehr grofs, erschwertes Schlingen und Atmen. Starke Reizmittel, dann Secale cornutum. Nach 3 Tagen Zunahme der hämorrhagischen Erscheinungen, besonders des Gesichts, Conjunctiva bleibt frei. Harn wenig, trübe, Eiweifs (Stauungsalbuminurie). Genesung. — Der zweite Fall betrifft ein 18j., bis dahin gesundes Mädchen, das sehr wahrscheinlich infolge Ausräumung des Kanaldüngers erkrankte. Variola hämorrhag. oder Scarlatina schliefst Fuchs aus, da der Rachen keinen Anhaltspunkt bietet und keine Epidemie war. Nach 7 Tagen Sopor, Konvulsionen, rascher Tod.

Gschirhakl hat **über Urethroskopie** in der Ges. der Ärzte zu Wien vorgetragen und zuerst ausführlich den normalen urethroskopischen Befund erörtert, wie er sich im Tubus von Steurer präsentiert. Dann die seit 10 Jahren konstatierten Befunde bei chron. Gonorrhöe, sowie bei Erkrankungen des Blasenhalses. Seit längerer Zeit hat G. von der Behandlung mit Lapislösungen Abstand genommen und benutzt zur endoskopischen Behandlung fast ausschliefslich Cuprum sulfur. en crayon und Jodoform in Pulverform und Gelatine. Doch auch hier lang fortgesetzte Behandlung, selbst monatelang. (*Allg. W. med. Ztg.* 1887. Nr. 22.)

München. Julius Pauly.

Skandinavien.

Über krankhafte Veränderungen der Glandulae iliacae externae bei Inguinalbubonen hat Prof. Odmansson in Stockholm (*Nordisk med. Archiv.* 1887. No. 17) eine Reihe Erfahrungen veröffentlicht. Verf. citiert den Aufsatz von Clerc in *Annales de Derm. et de Syph.* 1869 als eigentlich die einzigste positive Belehrung über diesen Gegenstand, welche die syphilographische Litteratur besitzt. Doch hat Fournier (*La Syphilis chez la Femme.* pag. 213) dreimal durch Autopsie die Schwellung der Gland. iliac. bei Personen, die an syphilitischen Affektionen und Schwellungen der Inguinaldrüsen litten, konstatiert.

In Fällen von irritativen Zuständen der Inguinaldrüsen, wie von aus gesprochenen Bubonen allerlei Art begegnet man häufig einer Vergröfserung und Induration der äufseren Glandula iliaca, besonders von der Gruppe derselben, welche unmittelbar hinter dem Ligamentum Poupartii gelegen ist. Bei strumösen Bubonen zeigt sich besonders häufig eine Periadenitis, wo die Drüsenschwellung in Gröfse und Form sehr variiert. Gewöhnlich mit der Region unmittelbar hinter dem Ligamentum Poupartii abschliefsend, erstreckt sie sich bisweilen bis auf mehr oder weniger entfernte Drüsen, und es mag geschehen, dafs die Schwellung den ganzen vorderen Teil der Fossa iliaca einnimmmt. In einigen recht seltenen Fällen suppurierten die

Drüsen. Der Eiter kann resorbiert werden, wird sich aber gewöhnlich einen Weg über oder unter dem Ligam. Poupartii bahnen, am häufigsten in der Tiefe des offenen Inguinalbubo.

Verf. referiert 6 Fälle mit Suppuration der Drüsengeschwülste oder der von denselben ausgehenden Infiltration der Fossa iliaca. Als eine zweite Reihe von Fällen gibt Prof. O. Beispiele von Adenitis und Periadenitis dieser Drüsen, ihrer Lage, Formen und Gröfsenverhältnisse, mit Rücksicht auf die verschiedenen Formen der Bubonen, welche sie hervorgerufen haben.

Als Anhang gibt Verf. eine Übersicht über die Schwellungen und Abscesse, die von Lymphdrüsen in der Bauchwand über dem Ligamentum Poupartii ausgehen können.

Zum Schlufs spricht Verf. über die Diagnose und Behandlung dieser Adenititis iliaca.

Über die Behandlung der Syphilis mit unlöslichen Quecksilberverbindungen hat E. PONTOPPIDAN im Kopenhagener Ärzteverein einen Vortrag gehalten (*Hospitalstidende.* 1887. No. 51 u. 52). Nach einer geschichtlichen Darstellung der merkurieller Injektionstherapie bespricht Verf. die Kalomelinjektionen und berichtet seine Erfahrungen. Er hat 29 Kranke wesentlich nach der SMIRNOFF-NEISSERschen Methode behandelt, und hat immer eklatante therapeutische Resultate erzielt, auch in Fällen, die besonders refraktär waren, und wo andre merkurielle Methoden versagt hatten. Von dieser Seite gesehen wird die Kalomelbehandlung durch keine andre Therapie übertroffen. Doch können gewisse Übelstände ihr bis jetzt nicht abgesprochen werden. Stomatitis kann in einzelnen Fällen auch bei durchgeführter Mundhygiene eintreten, doch sehr selten, wenn die einzelnen Dosen nicht zehn Zentigramm überschreiten. Auch sind sehr schmerzhafte Infiltrationen nicht immer zu vermeiden, wenn auch Verf. keine Abscesse zu verzeichnen hat. Nichtsdestoweniger können diese Übelstände kaum so hoch geschätzt werden, dafs sie die Methode in Mifskredit zu bringen vermögen, und Verf. betont besonders, dafs seine Patienten alle aus seiner Privatklinik entstammten und den besser situierten Klassen angehörten, und doch zeigte sich keine Schwierigkeit, die Kur durchzuführen, wenn die Kranken erst ihre Bequemlichkeit und eklatante Wirkung gesehen hatten.

Auch Hydrarg. oxyd. flav. hat P. in einer längeren Reihe von Fällen versucht, in Dosen von 10 und 5 Zentigramm. Wenn die Quantität dieselbe war, schien die Schmerzhaftigkeit nicht wesentlich von der des Kalomels abzuweichen, und wenn sie bei kleineren Dosen weniger hervortretend war, zeigte sich auch die therapeutische Wirkung entsprechend schwächer.

Verf. meint, dafs durch die Anwendung der unlöslichen Quecksilberverbindungen eine Bereicherung der Syphilistherapie geschaffen sei, ohne sie doch zur Universalbehandlung erheben zu wollen. Aber immerhin wird sich für jeden Arzt häufig genügende Indikation für eine Methode zeigen, welche bequem, exakt, reinlich und besonders vorzüglich wirksam ist. Die Übelstände sind bis jetzt die unvermeidliche Schmerzhaftigkeit und Infiltra-

tionen, können aber durch Vorsicht und gute Technik wesentlich reduziert werden. —

Die Abhandlung ist mit 52 Krankengeschichten belegt.

F. Kittel hat in *Med. Revues* eine ausführliche Darstellung **der von Dr. Unna angewendeten Behandlungsmethoden und seiner neueren dermatologischen Gesichtspunkte** gegeben. Verf. spricht seinen Dank aus für die Liberalität, mit welcher Unna ihm in seiner Heilanstalt für Hautkranke Gelegenheit gegeben hat, seiner Behandlungsweise zu folgen. Er gibt dann eine Übersicht über die Anwendung des Ichhyols und der andern reduzierenden Medikamente, und nachdem er verschiedene praktische Angaben über verschiedene therapeutische Agenzien gegeben hat, bespricht er ausführlich die Salben- und Pflastermulle, die verschiedenen Leime, Pasten, Stilus unguens und Stilus dilubilis, alles Sachen, die den Lesern der *„Monatshefte“* bekannt sind, in Norwegen aber noch nicht genügende Würdigung gefunden haben. Dasselbe gilt von seiner Besprechung der Behandlung von Psoriasis, Lichen, Akne u. m. Die Unnasche Behandlung der Ulcera cruris mit Zinkleimbandagen wird eingehend besprochen, und dann die Dünndarmpillen, Sapones medicati. Zuletzt referiert er zwei geheilte Fälle von Lepra tuberosa aus Unnas Klinik, welche für Norwegen besonderes Interesse haben dürften.

Kopenhagen. Pontoppidan.

Amerika.

Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases. Vol. V. Fasc. 1—5.

Krampfhafter Verschluſs des hinteren Urethralabschnittes, von Dr. Ed. L. Keyes. K. rät dringend, nach Urethrotomia interna an der pars cavernosa urethrae die Sonde nicht bis in die hinteren Urethralabschnitte einzuführen, bis zur dritten Woche nach Heilung der ersten Inzision. Man entgeht dadurch nicht nur der Gefahr der Sepsis, sondern hat zugleich ein Mittel gegen den Urethralkrampf, denn nach Keyes' Ansicht bewirkt in vielen Fällen von Spasmus, die nach der Urethrotomie im vorderen Urethralteil geheilt werden, nicht der Schnitt die Heilung, sondern die Dilatation des hinteren Abschnittes durch die Sonde. Er zweifelt daran, daſs ausgedehnte Strikturen überhaupt am Spasmus des hinteren Abschnittes schuld sind.

Relative Häufigkeit von pathologischer Umwandlung von Naevi und andern Tumoren im Gesicht und auf dem Kopf. Dr. Sherwell findet, daſs Naevi und Tumoren, die in einem Viereck auftreten, dessen vier Seiten sind: eine Parallele zu Mund und Unterlippe, eine Parallele 2—3 cm oberhalb des Supraorbitalrandes und zwei von den Ohren gezogene Senkrechte — sehr leicht maligne Epitheliome und Sarkome werden. Die Gegend der

Augenlider und des Nasenrückens ist die häufigst befallene Stelle. Er entfernt sie immer mit Volkmannschem scharfen Löffel und nachfolgender Anwendung von Quecksilbernitrat.

Diphtheritischer Schanker, von Dr. Maklon Hutchinson.

Eine Urethralspritze, von Dr. R. W. Taylor. Diese Spritze ist etwas länger als die Ultzmannsche, aber von derselben Form; sie ist von Silber, No. 6 franz. Gröfse, durchbohrt von Reihen weitgestellter kleiner Löcher. Am Handgriff kann eine Pravazsche Spritze angeschraubt werden; so können minimale Mengen von Flüssigkeit injiziert werden, und das Eindringen ist langsam und gleichmäfsig, da die Harnröhre ausgedehnt ist; der Verfasser behauptet, die Anwendung sei leichter, als bei der Ultzmannschen Spritze.

Entwickelung und Verlauf von Molluscum fibrosum. Dr. R. W. Taylor hat einen Mann 15 Jahre sorgfältig beobachtet, der an dieser Krankheit litt, und hat die dort gefundenen Zustände mit denen in ähnlichen Fällen verglichen, so dafs er hiermit eine Lücke in der dermatologischen Litteratur ausfüllen zu können meint in betreff des Wachtums und der Entwickelung mollusker Geschwülste. Er fand 2 Arten von Tumoren, 1. sackartige Austreibungen aus der Haut, und 2. zitzenartige Wülste der Haut, schwach rötlich oder braun gefärbt, im Aussehen an eine Erschlaffung der oberflächlichen Hautlagen erinnernd. Die spätere Form hält er für einen Rückbildungszustand der früheren. Das Fibroma molluscum entsteht aus einem leicht erhabenen rötlichen Fleck, $^1/_2$ cm im Durchmesser, konvex, weich anzufühlen; es kann vom Finger fast vollkommen weggedrückt werden, als ob die Epidermis leicht verdünnt wäre. Wenn der Tumor noch nicht sehr grofs ist, kann er mit der Fingerspitze in die Haut gedrückt werden wie durch ein Loch in der Epidermis. Die Haut über dem Gewächs ist leicht faltig und nicht mehr gespannt. Sehr früh verwächst der Tumor innig mit der überliegenden Haut, aber im frühesten Stadium kann man fühlen, dafs der Tumor frei unter der Haut liegt; im Wachsen treibt er die Haut vor sich her. Die Farbe hängt von dem Druck auf die Gefäfse und Kapillaren der überliegenden Haut ab. Zu der Hauptsache, zum Ursprung kann T. nichts Neues herbeibringen. —

Der Tumor hat gewöhnlich sein höchstes Wachstum erreicht, wenn die Basis 1 Zoll (2,2 cm) Durchmesser hat; auf diesem Punkt kann er stehen bleiben, oder wachsen und hart werden, oder er kann sich zurückbilden und eine Ausstülpung oder warzenartiges Gewächs bilden. Rückbildung findet nur bei jungen Individuen statt, am meisten bei denen unter 20 Jahren und sehr selten über 30 Jahren. Die gröfseren Tumoren können gestielt, aufsitzend oder hängend werden (Moll. pendulum), oder sie fahren fort rasch zu wachsen an der erhabensten Stelle des Tumors, so dafs es zur Bildung von ganzen Hautfalten kommt. T.s Ansicht ist, dafs in allen Fällen eine Hauterkrankrung zu Grunde liegt. Bei den rapid wachsenden Tumoren

junger Leute ist das Neoplasma weich und gallertig und fühlt sich für den untersuchenden Finger wie ein Sack mit Würmern an; bei alten Leuten ist die Neubildung härter und fester und neigt zu gröfserer Beständigkeit. Die bedeckende Haut über den weichen Geschwülsten scheint vollständig normal, während die über den alten und festen Tumoren meist mehr oder weniger verdünnt und am Neoplasma angewachsen ist. Die Resorption geht wahrscheinlich auf dem Wege fettiger Degeneration und Aufsaugung des Gewächses vor sich; ob dies primär durch Abschnürung der Basis veranlafst wird, ist fraglich; sie schreitet vor bis zu einer ganz dünnen Verbindungsbrücke, die mikroskopisch aus Bindegewebe, bedeckt mit Epithel, ohne jede eigentliche Hautstruktur, besteht.

Taylor meint, dafs die bestehende Identität zwischen dem Fibroma molluscum und diesen Hautwarzen, mit verschiedenen Namen belegt: Akrochordon (Hippokrates), weiche Warzen (Simon), Verrues charnues, moles, Ekphyma mollusciforme (Wilson) und Bindegewebepolypen (Förster) vorgängig nicht festgestellt ist. Er führt aus, dafs Behrend (1839) und Simon (1851) Molluscum fibrosum, Naevus mullusciformis und Akrochordon in Verbindung brachten, geht selbst aber weiter und behauptet, dafs alle kleine Warzen der Haut, fleischige, gestielte oder aufsitzende Geschwülste von purpurroter Farbe (populär Beeren genannt und als Muttermale angesehen), schwarze Warzen, behaarte Male und Warzen, in der Medizin als Naevus mollusciformis, Ekphyma mollusciforme und Naevus spilus, gleichen Ursprung haben. Eine Erschlaffung der weichen, noch wachsenden Oberhaut tritt im Uterus oder nach der Geburt, entweder durch ein Neoplasma im Unterhautzellgewebe oder vielleicht als einfache Aussackung der Haut ein.

Über Dilatation von Urethralstriktur von grofser Ausdehnung in der Tripperbehandlung, von T. N. Otis. O. gibt der inneren Urethrotomie vor der Dilatation weitaus den Vorzug, da sie schneller zum Ziele führt, dauernder und genauer wirkt; aber manchmal ist die Dilatation nötig, wegen der fehlenden Instrumente oder Erfahrung oder wegen Widerstandes des Patienten gegen schneidende Operationen. Man sollte nur solche vernickelte oder polierte Stahlsonden nehmen. Otis zieht eine kürzere Krümmung der Thompsonschen vor, aber sie soll immer der Krümmung des Schambogens entsprechen. Die Frage ist besonders von Bedeutung bei Kindern oder bei Prostatahypertrophie. Die Methode der Einführung und die gewöhnlichen Hindernisse (Falten, lig. triangulare, Krampf) werden beschrieben und es wird eine ernste Warnung hinzugefügt, das Instrument nicht ohne besondere Indikation bis in die Blase einzuführen, aus Furcht vor Reizung derselben, Orchitis und Urethralfieber. Sollte Urinverhaltung eintreten, so sollen Schröpfköpfe in der Nierengegend, heifse Terpentinüberschläge oder der faradische Strom zugleich angewandt werden; O. hat prompte Erfolge von 1,3—2,0 Kalomel gesehen. Wenn Urethralfieber zu erwarten ist, so soll 0,3—0,6 Chinin eine Stunde vor der Operation gegeben und der Patient im Bett gehalten werden 12—14 Stunden danach.

Ringförmiger Ausschlag auf der Zunge, von Dr. Kinnier.

Dermatosen, durch gefärbte Stoffe veranlafst, von Dr. M. Gaire.

Beobachtungen aus der Praxis, über Gonokokkus und Rouxs Methode zur Feststellung ihrer Identität. Charles M. Allen sagt, dafs er nach einer sehr grofsen eignen Erfahrung raten kann, Rouxs Methode zur Unterscheidung des Gonokokkus von andern gleichen Kokken, Entfärbung in Karbol nach Färbung nach Gramscher Methode, anzuwenden. Nach der Färbung wird das Präparat mit Ölimmersion untersucht, und wenn Anwesenheit von Gonokokken in den Eiterzellen festgestellt ist, das Präparat mit Alkohol entfärbt und nochmals untersucht. Wirkliche Gonokokken werden entfärbt. (s. *Monatshefte f. pr. Dermat.* 1887. pag. 672 u. 727.)

Die Eiterzellen können mit Eosin gefärbt werden vor der zweiten Untersuchung (Beispiele von Anwendung in der Praxis; bei chronischer Gonorrhöe, Ophthalmien, gynäkologischen und gerichtlich medizinischen Fällen). Aufser gröfserer Sorgfalt und Klarheit, die jetzt herrschen, weifs A. keinen weiteren wohlthätigen Nutzen der Entdeckung auf die Behandlung anzugeben.

Gibt es ein Krebsvirus? Dr. F. B. Sturgis glaubt die Frage verneinen zu müssen.

Hautbohrer. Dr. Edward L. Keyes beschreibt und gibt eine Abbildung eines dem von Busch angegebenen Instrumente (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1884) ähnlichen zur Entnahme von kleinen Hautteilchen. Es besteht aus einem kurzen trepanartigen Cylinder, der aufgesetzt und gedreht kleine runde Hautstücken entfernt. Er hat es seit lange mit Erfolg zur Entfernung kleiner Warzen, Geschwülste, Fremdkörper etc. etc. benutzt und findet, dafs man damit aufserordentlich genau arbeiten kann. Verschiedene Gröfsen bis 10 mm bei Stohlmann, Pfau & Co. New-York vorrätig.

Maligne Degeneration von Naevi und andern Tumoren, von Dr. Biart. Beitrag zu Sherwells Beobachtungen. Biart hält mechanische Reize für die Hauptursache der Degeneration; in der von S. beschriebenen Zone trifft man die Umwandlung der Tumoren am häufigsten, aber auch an andern Stellen, wenn die Reizung genügend grofs ist.

Er gibt der Elektrolyse vor allen Methoden den Vorzug.

Fall von eigentümlicher linearer Verteilung einer Hautaffektion von unbekannter Natur, von Dr. Louis A. Duhring. Beschreibung zweier paralleler Reihen von 30 rötlichen umschriebenen, von $^1/_{10}$ Silberdollar Gröfse, paarweise gestellten Flecken, an beiden Seiten der Rücken- und Lendenwirbel, mit einem symmetrischen Dreieck von drei ähnlichen Stellen auf jeder Lendenseite. Der Patient wufste nichts von einem Vorhandensein. (Er hatte in selbstmörderischer Absicht Morphium genommen, wurde aber gerettet.)

Merks konzentrierte Milchsäure, einige Anwendungen in der Dermatologie. Dr. KNOCHE fand die direkte Anwendung von Milchsäure wirksam bei Tylosis, wenn andre Mittel versagten; ebenso bei Epheliden, gewöhnlichen Warzen, Herpes tonsurans und Pityriasis versicolor.

Dauer syphilitischer Infektion in bezug auf das Heiraten, von Dr. P. A. MORROW. Diese Arbeit war Gegenstand einer Diskussion in der N. Y. County Med. Soc. Febr. 28, 1887 und ist zu lang, um ein Referat zu gestatten. Es bezweckt die Schlüsse, zu denen OTIS gekommen ist (*Journ. of Cutan. und Vener. Dis.* March, April 1886) zu widerlegen.

M.s Schlüsse sind kurz folgende: Es gibt nichts Konstantes bei der syphilitischen Ansteckungsdauer, nichts Sicheres über die Erblichkeit; die heutige Einteilung in 2. und 3. Periode entspricht nicht dem kontagiösen und nichtkontagiösen Charakter der Erkrankungen; Affektionen können fünf bis sechs Jahre nach der Infektion kontagiös wirken; syphilitische Kinder können nach Aufhören aller spezifischen Erscheinungen gezeugt werden. Der spezielle Fall, Konstitution des Patienten, Vorhandensein oder Fehlen schwerer Symptome, bestimmen den Zeitpunkt, mit dem die Übertragungsfähigkeit der Syphilis erlischt. Syphilis kann vom Vater übertragen werden ohne Affektionen bei der Mutter. Die Gefahren eines syphilitischen Mannes sind also nicht begrenzt durch etwaige Affektionen, die er an seiner Person hat. Die gewöhnliche Grenze ist drei bis vier Jahre; nach dieser Zeit kann ein Syphilitischgewesener schon heiraten. Aber selbst bei beschränkteren Bedingungen (3 Jahre nach der Infektion und $1^1/_2$—2 Jahre Freisein von einer Affektion) kann man Heirat zugeben — aber nicht dazu raten.

Ein weiterer Beitrag zum Studium des Molluscum fibrosum; Ätiologie; fibromatöse Infiltration und ihre Beziehungen zum Keloid. Dr. R. W. TAYLOR tritt HUTCHINSONS Einteilung der Keloide in drei Klassen bei:

1. Wahre Keloide noch ALIBERT,
2. Narbenhypertrophien,
3. Fibromatös infiltrierte Hautstellen.

T. beschreibt die letztgenannte Varietät, deren Erklärung die Arbeit beabsichtigt, als einen mehr oder weniger in seiner ganzen Ausdehnung verdickten Hautfleck, anscheinend ohne Beteiligung des Unterhautzellgewebes. Die Oberfläche ist runzelig und gewellt, Farbe normal oder blafsrötlich und weder so tiefrot noch so glänzend wie bei Keloiden. Bei sehr langsamem Flächenwachstum mit scharfen Grenzen, aber ohne Tendenz zum Aufhören des Wachstums, zeigt es weder Neigung zur Resorption, oder auch nur zur Verkleinerung; Schmerzen verursacht es nie, wird auch nie maligner. Besonders zeigt es Tendenz zur Vergrößerung an den gewöhnlich von Keloiden befallenen Stellen (Sternum, Clavicula); aber während Keloide gewöhnlich infolge oberflächlicher Verletzungen entstehen, entstehen die in Rede

stehenden Geschwülste von tiefergehenden Verletzungen (z. B. Bifswunden) und haben aufserdem nach ihrer Entfernung keine Tendenz zu recidivieren.

Zwei von T. beobachtete Fälle sprechen für Recklinghausens Ansicht, dafs Molluscum fibrosum in innigen Beziehungen zu den Hautnerven steht, die Ätiologie ist noch nicht aufgeklärt, aber in den vorliegenden Fällen können wir bestimmt für ihre traumatische Entstehung eintreten. —

Einige Bemerkungen zur modernen Urethritisbehandlung. Dr. G. E. Brewer teilt statistische Resultate mit von Gonorrhöebehandlung durch tägliche Heifswasserinjektionen mit oder ohne Adstringenzien und Injektionen von heifser Sublimatlösung (1 : 60,000 — 1 : 10,000). Letztere hält er für wirksamer, da sie sowohl antiphlogistisch als antiseptisch wirkt. Er macht die Injektionen durch einen bis in den hinteren Urethralabschnitt eingeführten Katheter aus einem hochgestellten Irrigator; die Temperatur wird allmählich bis zur höchsten Grenze gesteigert, die der Patient aushalten kann. In 30 Fällen in der Privatpraxis betrug die mittlere Behandlungsdauer 8 Tage; es handelte sich um spezifische, durch Gonokokken veranlafste Urethritis. — Bei der Diskussion in der N. Y. Dermatol. Society traten Dr. W. S. Halsted und Dr. Holbrook Curtis warm für B.s Ansicht ein. Schnelle und gründliche Heilung, ohne Fehlresultate, wie Keyes sie erfahren in langer Beobachtungsreihe, wird von beiden behauptet. D. Morrow, Sherwell, Sturgis, R. W. Taylor bezweifeln alle den ätiologischen Wert des Gonokokkus und ziehen die alten Behandlungsmethoden vor. —

Narben-Keloide. (N.-Y.-Derm. Soc.) Sherwell spricht über Keloide auf Impfnarben; verschwinden spontan wieder. Dr. Bronson hält das für Narbenhypertrophie, aber nicht für Keloid, wenn sie nicht in die anliegenden Hautpartien übergreifen. Nach Morrow sind diese Himbeergeschwülste nicht ungewöhnlich; weich, elastisch, von gelbrötlicher Apfelfarbe, gefäfsreich; nach 2—6 Monaten verschwinden sie gewöhnlich spontan, können aber 2—4 Jahre bestehen. Sie entstehen aus den Impfpapeln und werden höchstens haselnufsgrofs. Sie entstehen nur nach der zweiten Impfung.

Dermatologie und Syphilographie in Frankreich, Ref. L. Brocq.

Lepra. Übersicht über Leloirs Werk.

Entfernung der Haare durch Elektrizität. B. wendet allmählich einen Strom von 8—10 Milliampères an und findet, dafs bei diesem allmählichen Ansteigen der Patient nicht von der Erregung zu leiden hat und nicht so viel Schmerz fühlt. Er wendet Platinnadeln an.

Entfernung von Naevi pigmentosi. Durch die gleiche Methode. Besnier entfernt sie durch wiederholte Anwendung des Galvanokauters.

Behandlung der erythematösen Entzündungen der Hände durch Frostbeulen. Besnier empfiehlt Bäder von Wallnufsblätterdekokt und da-

rauf Einreibungen mit Spiritus camphoratus und Pudern mit Bismuth. salicyl. 5,0, Amyl. 45,0.

Gegen das abendliche Jucken

℞. *Glycerin, Rosenwasser* ää 25,0
Tannin 0,5

Bei ulcerierten Frostbeulen ein Dekokt von Wallnufsblättern.

Erythembehandlung. Erythème induré (Bazin): erythematöse Plaqu an den Beinen, mit allen Zeichen aktiver Entzündung und von blaurötlich Farbe. Es hat weder die Farbe, Konsistenz, Begrenzung noch Verlauf, w E. nodosum. Innerliche Darreichung von Arsenik, Ruhe in horizontal Lagerung, Flanellbandage mit irgend einer adstringierenden Lösung. Broc ist der Ansicht, wie Villemin, dafs Jodkali ein polymorphes Erythem verschlimmert und dafs Chinin und Ergotin die Heilung befördern.

Behandlung von Warzen. Magnesia usta 0,5—1,0 täglich innerlich Dr. Colsat.

Behandlung der Blenorrhagie. 6—8 cg wässerig-alkoholischen Kan extrakt vom Anfang an in Kapseln, von Lanné empfohlen.

Vidal empfiehlt Gurjumbalsam und Gummi arab. ää 4,0, Syr. rhoead (Rub. Id.?) 12,0, Anissamendekokt 40,0 — die eine Hälfte vor dem Frü stück, die andre Hälfte nach dem Essen.

Behandlung einfacher Schanker. Besnier elektrokauterisiert Vidal: Salbe mit 5% Pyrogallsäure. Mauriac: 2—3malige Anwend einer gesättigten Chlorzinklösung. Diday: Chlorzink und Weizenmehl, der Gröfse des Schankers. Brocq: Jodol.

Rhusvergiftung. Vergift ng durch Rhus vernix; Firnisgift d Orientalen; Bäder von frischem Aufguſs von Kampferholzsplittern, imm von Erfolg begleitet (Allen). Vergiftung durch Rhus toxicodendron: Bell donna, als Salbe (Bailey) oder Lösung (Broduax).

Scleroderma. Monographie von Dr. Bottier.

Ekzembehandlung, von Besnier. (Ekzema seborrhoicum. Ekzem circinnatum des Sternum.) Sorge für allgemeine Hygieine, Fernhalten v Reizen, täglicher Gebrauch von Seife und Wasser; genügt das nicht, Schwefel salbe. Ekzem der Kopfhaut bei Frauen; konstitutionelle Behandlung, wen nötig; lokaler Spray von alkalischer Flüssigkeit, morgens 10—15 Minuten dann Aufsetzen einer Gummimütze, und morgens und abends Waschungen mit kaltem Wasser; dann Salben, und lassen die im Stich, Skarifikation.

Pityriasis Rosea. Klinische Beschreibung. Allgemeinbehandlung m Schwefelbädern. Besnier wendet Borax- und Stärke- (oder Kleie-) Bäder an und ℞: Glycerinum Amyli 100,0, Sodae boracis 4.

Syphilisbehandlung mit Kalomelinjektionen, 0,5, suspendiert

Vaselinöl 10,0. Die Flüssigkeit wird zuerst gut geschüttelt und erwärmt. Es erzeugt ausgedehnte derbe Infiltrationen an den Hinterbacken und hin und wieder Abscefse.

Behandlung von Strikturen mit Gelatine-Bougies, von Dr. Bedouin. Die Gelatine wird aus einer japanesischen Alge bereitet; sie wird in Wasser gelöst, zu dem Kokaïn, Jodoform und Sublimat hinzugefügt werden kann; aus der so bereiteten Gelée werden Stäbchen geformt, die getrocknet werden. Werden sie in eine Striktur eingeführt, so schwellen sie genügend, um eine Striktur zu dilatieren.

Manchester. H. Brooke.

(Übersetzt von Dr. von Düring in Hamburg.)

Verschiedenes.

Nicht Cowper, sondern J. Méry, ein Zeitgenosse Voltaires, hat die heute sogenannten **Cowperschen Drüsen** zuerst beobachtet und wiederholt (an der männlichen Gazelle, Gemse etc.) beschrieben. Aus den schriftlichen Protokollen der Academie des siences hat L. W. Petit, der verdiente Bibliothekar der Pariser mediz. Fakultät, dies nachgewiesen. Auch bereits 1684, also 15 Jahre vor der Publikation W. Cowpers, hat Méry im *Journal des Savants* diese Drüsen derart beschrieben, dafs jeder Prioritätsstreit ausgeschlossen ist. (Prousts Mitteilung an die Acad. méd. 29. Nov. 1887. *Gaz. des hopitaux.* No. 144. 1887.)

München. Pauly.

Aus von Nussbaums Klinik. Die Bedeutung des **Ichthyols** ist nicht zu unterschätzen. Nicht dafs es die Pilze tötet, sondern in seiner austrocknenden Beschaffenheit, wodurch es die Vervielfältigung und Fruchtbarkeit der Pilze hindert, liegt seine Bedeutung. Daher seine therapeutischen Erfolge bei Lupus, wo derselbe Weg der Behandlung, wie ihn Kaposi und v. Volkmann mit ihren andern Methoden verfolgen, erreicht wird. Wo die Krankheit mit Hyperämie in Verbindung ist, wie z. B. Neuralgien mit Kongestionen (oft Ischias etc.), Erysipel etc., wo also Gefäfserweiterungen schuld sind, da hilft Ichthyol. Beim Erysipel des Gesichts ist Ichthyol nicht zu empfehlen, da hier kein Abschlufs von der Luft möglich. Aber sonst bewährt sich Ichthyol trefflich beim Erysipel und es ist den Methoden von Hüter und Kraske vorzuziehen, die zu sehr quälen und, letztere besonders, viel zu heftige Schmerzen verursachen. —

Bei **Fisteln des Mastdarms** Tuberkulöser ist jede Operation kontraindiziert. Man stört brüsk das Heilbestreben der Natur, und die schweren Erscheinungen (Husten, Fieber etc.) kehren rasch wieder. Zwei

bis dreimal täglich ein Bausch 4 % Salicylwatte oder Brunsscher Watte, die besser hydrophil ist. So hindert man Beschmutzung und andre ärgere Beschwerden. Ja, bei nicht tuberkulösen messerscheuen Patienten hat v. Nussbaum Heilung bei diesem Verfahren beobachtet.

München. Pauly.

Rostflecke auf unseren Instrumenten zum Schneiden, Sticheln, zur Injektion, Elektrolyse sind im allgemeinen seit Einführung der Vernickelung nicht mehr so häufig wie früher. Immerhin sind sie auf den stählernen Spitzen der vernickelten Instrumente noch häufig genug, um die Mitteilung einer sehr einfachen und rationellen Methode zu rechtfertigen, die nicht allgemein bekannt sein kann, da ich sie nirgends bisher angegeben fand. Ich kam auf dieselbe durch die Beobachtung, dafs stählerne, elektrolytische Nadeln sich bei Umkehr des Stromes unter der Sauerstoffentwickelung augenblicklich oxydieren, bei nochmaliger Umkehr des Stromes unter der Wasserstoffentwickelung aber ebenso rasch wieder blank werden. Man hat also nur nötig, sowie sich an einem stählernen Instrumente (z. B. einem Hebraschen Stichler, einer Injektionsnadel) der erste Rostfleck zeigt, dasselbe in Kontakt mit dem Wasserstoff entwickelnden Pole in ein Gefäfs mit Wasser zu tauchen, in welches der andre Pol ebenfalls eintaucht. Der Rostfleck schwindet sichtlich im Wasserstoffstrome und das Instrument ist so blank wie zuvor.

Unna.

Schutz der Wände und der Decken in Baderäumen. Durch die Anwendung medizinischer Zusätze zu den Bädern können für Wände und Decken Gefahren entstehen, die durch Zementputz und Ölanstrich nicht allein abzuwenden sind. Es empfiehlt sich für solche Räume einen Anstrich auf möglichst vorgewärmter Wand von heifs aufgetragenen schwedischen Holzteer, dem zur Verdünnung etwas Terpentinöl zugesetzt wird. Einen zweiten Anstrich fügt man etwas gelbes Wachs zu. Der Anstrich gibt einen lichtholzähnlichen Ton, der mit einigen Strichen in Felder gelegt, in den meisten Fällen jede weitere Dekoration entbehrlich macht. Derselbe Anstrich empfiehlt sich auch für Laboratorien, Waschanstalten und dergleichen Räume, in welchen leicht Mauerfrafs auftritt. (*Deutsche Bauzeitung.* 1887. 132.

Personalien.

Herr Professor Dr. Doutrelepont in Bonn feierte am 27. Januar sein 25jähriges Dozenten-Jubiläum.

Aus der Praxis.[1]

6. **Zur Lupusbehandlung.** Unter jenen wirksamen Maßnahmen gegen Lupus vulgaris, welche, da sie weder Vorbereitungen, noch spezialistische Instrumente oder Medikamente erfordern, von jedem Arzte ohne Assistenz überall ausgeführt werden können, hebe ich das von mir seit 2 Jahren in poliklinischen Fällen geübte, sog. „Spicken" des Lupus hervor. Man braucht dazu nur einige fein angespitzte, gewöhliche (hölzerne) Zahnstocher, etwas Watte und folgende antituberkulöse Flüssigkeit.

℞ *Hydrarg. bichlor. corros.* 1,0
Acidi carbolici (vel *Kreosoti*) 4,0
Spiritus 20,0
M. S. Gift! Äußerlich!

Man sucht nun zu jeder Sitzung, und zwar immer am äußersten Rande beginnend, etwa 10 kleine Lupusherde, entweder diskrete Knötchen, oder hervorragende Punkte der bräunlichen, diffusen Infiltration aus. Dieselben werden der Reihe nach mittels der Lanzette (oder besser mittels eines Hebraschen Stichlers) oberflächlich, etwa 2 mm tief angestochen und sofort, noch ehe ein Tröpfchen Blut sichtbar wird, mit ebensoviel zugerichteten Hölzchen angebohrt. Hierzu rollt man — nach Art der Wattetampons — ein minimales Fläumchen Watte auf die Spitze des Hölzchens auf (ein Zahnstocher gewöhnlichen Kalibers gibt, durchschnitten, zwei solcher Hölzchen), wobei man Sorge trägt, daß die scharfe Spitze des Hölzchens nicht wesentlich dadurch abgestumpft wird. Dieser spitze Zwergtampon wird mit obiger Flüssigkeit benetzt und unter wirbelnder Bewegung zwischen Daumen und Zeigefinger der rechten Hand in die kleine Schnittwunde eingedreht; etwa 2—3 Umdrehungen nach rechts genügen, ihn in das weiche Lupusgewebe 5—8 mm weit vorzustoßen. Hat man alle 10 Hölzchen vorbereitet, sticht mit der linken Hand und dreht die Hölzchen mit der rechten rasch ein, so ist die kleine Operation in 2—3 Minuten beendet, und so lange dauert auch der Schmerz. Die operierte Fläche sieht wie gespickt aus und verbleibt so noch etwa 10—15 Minuten, bis man annehmen kann, daß von der dieselbe umspülenden Gewebeflüssigkeit genügende Mengen des Medikaments aufgesogen sind. Durch eine leichte Drehung nach links werden dann die Tampons entfernt. Es werden ebensoviele, nicht blutende kleine Löchelchen sichtbar, in die man eventuell noch je einen Tropfen der Flüssigkeit

[1] Öfter wiederkehrende Aufforderungen von seiten praktischer Ärzte, dermatotherapeutische Fragen von allgemeinerem Interesse in den Monatsheften zur Sprache zu bringen, und von befreundeten Fachkollegen, einzelne interessante Fälle ohne historischen und sonstigen wissenschaftlichen Ballast zu skizzieren, veranlaßt uns, die anspruchslose Rubrik „Aus der Praxis" zu eröffnen und Praktiker sowie Fachkollegen zur Beteiligung an derselben mit Frage und Antwort einzuladen. Die Red.

eintropfen lassen kann. Nach 2—3 Tagen ist von den Löchelchen und den betreffenden Lupusherden kaum noch etwas zu sehen und 10 neue Stellen werden in Angriff genommen.

Diese Methode ersetzt vorteilhaft die alte Einbohrung des Höllensteinstiftes; sie ist viel weniger schmerzhaft und bedeutend wirksamer. Übrigens kann sie mit jeder andren Lupusbehandlung kombiniert werden.

Unna.

7. Hat einer der Herren Kollegen Erfahrung über **Antipyrin bei Gonorrhöe?** In der Lyoner *La Province médicale* (1887. No. 44) veröffentlicht L. Blanc einen Fall, wo vorzüglicher Erfolg bei sehr heftigen Schmerzen bei einer Tagesdosis von 3 g Antipyrin eintrat. Da Blanc nicht weifs, ob post hoc oder propter hoc, fordert er zu ferneren Versuchen auf, parceque le moyen-en tout cas-est rationel.

München. Pauly.

Versammlungen.

Der siebente Kongrefs für innere Medizin findet vom 9. bis 12. April 1888 zu Wiesbaden statt. Das Präsidium desselben übernimmt Herr Leube (Würzburg). Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Montag den 9. April: Die chronischen Herzmuskelerkrankungen und ihre Behandlung. Referenten: Herr Oertel (München) und Herr Lichtheim (Bern). — Dienstag den 10. April: Der Weingeist als Heilmittel. Referenten: Herr Binz (Bonn) und Herr von Jaksch (Graz). — Mittwoch den 11. April: Die Verhütung und Behandlung der asiatischen Cholera. Referenten: Herr Cantani (Neapel) und Herr August Pfeiffer (Wiesbaden). — Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr Rumpf (Bonn): Über das Wanderherz. — Herr Unverricht (Jena): Experimentelle Untersuchungen über den Mechanismus der Atembewegungen. — Herr Liebreich (Berlin): Thema vorbehalten. — Herr Adamkiewicz (Krakau): Über kombinierte Degenerationen des Rückenmarkes. — Herr Jaworski (Krakau): Experimentelle Beiträge zur Diätetik der Verdauungsstörungen. — Derselbe: Thema vorbehalten. — Herr Stiller (Budapest): Zur Therapie des Morbus Basedowii. — Derselbe: Zur Diagnostik der Nierentumoren. — Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden): Harnsäureausscheidung und Harnsäurelösung. — Herr Binswanger (Jena): Zur Pathogenese des epileptischen Anfalls. — Herr Jürgensen (Tübingen): Über kryptogenetische Septiko-Pyämie.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 5. 1. März 1888.

Über Ansteckung und Ansteckungswege bei Syphilis.

Von

Primararzt Dr. R. Bergh

in Kopenhagen.

(Fortsetzung.)

Die unmittelbare, direkte Ansteckung ist die gewöhnliche. Meistens geschieht sie durch Concubitus und durch die Geschlechtsteile, ist bei uns wenigstens seltener perigenital oder ganz extragenital. Die Kenntnis der extragenitalen Infektionsherde hat in diagnostischer sowie forensischer Beziehung grofses, praktisches Interesse. Schon vor Jahren (1872) habe ich eine Zusammenstellung der im Kopenhagener Allg. Spital in dieser Beziehung gesammelten Erfahrungen geliefert.[19] Von 145 Fällen von frischer Syphilis bei öffentlichen Dirnen hatten an 80 oder etwa 56 % Induration gezeigt; diese letztere fand sich aber nur in fünf Fällen in der perigenitalen Region und nur in einem an der Oberlippe, in allen den andern an den Genitalien. In den folgenden Jahren (1873—1886 inkl.) ist bei ähnlichen Individuen unter 284 Fällen vom ersten Ausbruch von Lues 172 mal Induration vorgekommen; dieselbe fand sich bei zwei Individuen an der Oberlippe, bei einem an der Brustwarze und bei einem an der Wade[20] (infolge von ekstatischem Saugen und Küssen), endlich bei vier in der perigenitalen

[19] R. Bergh, *Ber. fra Alm. Hosp.* 2. Afdel. f. 1872. *Hosp. Tid.* XVI, 44. 1873. pag. 175 (Separatabdruck, pag. 48).

[20] Vergl. R. Bergh, Ber. f. 1881. 1882. pag. 26.

Region (Regg. interfeminea, hypoglutaeae, inguinales). Von allen diesen 429 Individuen (öffentlichen Dirnen) mit erstem Ausbruche von Syphilis hatten also 252 oder gegen 58,7 % Induration gezeigt, welche aber nur bei etwa 5,5 % nicht direkt genital und nur bei fast 2 % ganz extragenital gewesen ist. Diese Erfahrungen kontrastieren stark gegen andre[21], ganz besonders gegen die von Paris[22] vorliegenden; die Verhältnisse von Paris sind aber nicht für Frankreich mafsgebend, noch weniger für die romanischen Nationen. Es wäre daher sehr unrichtig, vom obenstehenden auf eine unter den nördlichen Breitegraden weniger extravagante Libidinosität oder auf eine geringere sexuelle Perversion und Depravation schliefsen zu wollen. — Aber auch das Küssen ist so oft Veranlassung zu Ansteckung gewesen, und nicht allein der Kufs eines Liebhabers, sondern auch der von Eltern, Kindern, Geschwistern, Freunden und Kameraden, wenn ein solches Individuum sich im ersten Stadium von Syphilis befindet und ein Mundleiden hat. Ein solcher syphilitischer Kufs kann dann seinen Stempel überall, wo er nur trifft, absetzen, von der Conjunctiva bulbi[23] und den

---

[21] Unter der russischen Landbevölkerung spielt die extragenitale Ansteckung eine grofse Rolle, besonders durch den Mund, und hat in der grofsen Gemeinschaft in allen Verhältnissen ihren Grund. Im Gouvernement Rjäsan (2765 Ptt.) zeigte es sich, dafs nur 26 % durch Coitus infiziert waren, 5,4 % durch Heredität, 2,2 % durch Säugen, 66,3 % aber in andrer Weise. Im Gouvernement Kursk (11,749 Ptt.) schienen nur ca. 8 % genital infiziert, während 78 % zufällig durch Zusammenwohnen und Zusammenleben mit Syphilitischen angesteckt schienen (Vergl. Brousson. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1887, 18. pag. 848, 856).

[22] Clerc und Garnier sahen 1 von 3 Indurationen aufserhalb der eigentlichen Genitalien; Fournier (*Leç. sur la Syphilis.* 1873. pag. 64) gibt das Verhältnis als 1 : 6 an.

Vergl. auch: F. Lavergne et L. Perrin, Contrib. à l'étude des chancres extragénitaux. *Ann. de derm. et de syphil.* 2. S. V. 1884. pag. 332—341, 380—390.

Übrigens ist das französische Material in mehreren Beziehungen zu heterogen, um mit dem obigen zum Ausziehen von Schlufsfolgerungen verglichen werden zu können.

Vergl. noch: Nivet, *De la fréquence relative des différentes variétés de chancres syphilitiques extra-génitaux.* Thèse de Paris. 1887.

[23] Lavergne et Perrin, l. c. 1884. pag. 380—390.

Debeck, Contribut. from the ophthalmic. clin. med. college of Ohio. 1886. (*Ann. de dermat. et de syphiligr.* 2. S. VIII, 3. 1887. pag. 209—211.)

Ohre[24] ab bis zu den Zehen.[25] SCHURIG hat (nach JOH. MUYS) einen Fall verzeichnet, in welchem ein syphilitisches Kindermädchen durch Küssen am Körper des an einer Hautkrankheit leidenden Kindes Lues an eine durch das Hautleiden präparierte Stelle übertrug.[26] — Hiermit etwas verwandt sind die Fälle, in welchen Syphilis, wie öfter gesehen[27], durch Bisse von syphilitischen Individuen beigebracht worden ist, teils während erotischer Ekstase, teils während Schlägerei (JOHNSON, ROHÉ, ROLLET, ZEISSL, PORAY-KOSCHITZ, STURGIS, PELLIZZARI), endlich auch mitunter als berechnete Rache.[28] Ebenso hiermit verwandt ist die Entwickelung von Syphilis nach Aussaugen von Wunden, die als vergiftet angesehen wurden. In etwas ähnlicher Weise haben Ärzte sich Lues von neugeborenen syphilitischen Kindern durch unmittelbare Insufflation, Mund gegen Mund, zugezogen. Ärzte sind auch dadurch angesteckt worden, daſs ihnen während der Untersuchung von Luetikern Speichel oder Exspektorat in das Auge gespuckt worden ist (DESMARRES). In gewissen Gegenden Rußlands ist es eine landläufige Unsitte, fremde Körper aus den Augen durch Lecken zu entfernen, sowie mit wiederholtem Lecken die trachomatösen Leiden der Kinder zu behandeln; kleine Endemien sind öfter in dieser Weise entstanden.[29] Endlich ist auch beobachtet worden, daſs Kinderwärterinnen und Weiber überhaupt dadurch infiziert worden sind, daſs sie auf den nackten Armen Kinder mit Schleimpapeln in der Anogenitalregion getragen haben (PELLIZZARI).

Nach der Kohabitation ist aber wohl das Stillen und

---

[24] HERMET, Chancre induré de l'oreille. *Ann. de dermat. et de syphiligr.* 2. S. VII. 1886. pag. 87—88.

[25] LELOIR, l. c. pag. 46.

[26] SCHURIG, *Sialologia historico-medica h. e. salivae humanae consideratio.* 1723. pag. 134 (174).

[27] LAVERGNE et PERRIN, l. c. pag. 334—341.
MOREL-LAVALLÉE, Chancre syphilitique du sourcil. *Ann. de dermat. et de syphiligr.* 2. S. VII. 1886. pag. 85—86.

[28] Als Rachemittel ist die Übertragung von Urethritis auch öfter angewendet.

[29] TEPLJASCHIN sah von 81 Familien (mit 532 Individuen) 26 (mit 68 Individuen) in dieser Weise von Syphilis infiziert. (*Monatsh. für prakt. Dermatol.* 1887, 16. pag. 770—771.)

Saugen eine der häufigsten Infektionsquellen, und zwar sowohl in der Weise, dafs die Amme vom Kinde angesteckt werden kann, als das Kind von der Amme, oder Gravide so wie Säugammen können, wie besonders in Frankreich und Italien (Pellizzari), von einer professionellen Aussäugerin angesteckt werden. Diese Ansteckungsweise, diese Syphilis insontium, war schon den ersten Syphilisärzten (G. Torella, Vella, Fracastor, M. Brassavolus u. m.) wohl bekannt.[30] Durch die gegenseitige Hilfe, welche in den niederen Klassen sich ammende Mütter oft mit den säugenden Kindern leisten, sind kleine lokale Epidemien von Syphilis entstanden; A. Fournier hat in einer seiner meist bekannten Schriften[31] mehrere solche verzeichnet, ebenso Leloir[32] u. a.[33] Als praktische Regel mufs gesetzt werden, dafs es nie erlaubt werden darf eine fremde Amme einem Kinde zu geben, von dessen Eltern es bekannt ist, dafs sie in den letzten (2—5) Jahren Syphilis erworben haben; auf der andren Seite eine Amme nur nach der sorgfältigsten Untersuchung und gründlichen Ausfragen anzunehmen. Ein manifest-syphilitisches Kind sollte von seiner Mutter gestillt werden; für sie bringt es keine Gefahr, wenn sie auch gesund scheint (Colles), und für das Kind ist es, wenn die Mutter nur einigermafsen Milch hat, das zweckmäfsigste. Dasselbe gilt von einem dem Anscheine nach nicht syphilitischen, aber von einer syphilitischen Mutter oder von syphilitischen Eltern überhaupt stammenden Kinde.[34]

---

[30] Auch Linné (*Nutrix noverca. Amoenit. ac.* III. 1756. pag. [256—270, 267) erwähnt Fälle dieser Sorte.

[31] A. Fournier, *Nourrices et nourrissous syphilitiques.* 1878. (pag. 56—59.)

— *Syphilis et mariage.* 1880. pag. 210—214.

[32] Leloir, l. c. pag. 54.

[33] Dron, *Mode partic. de transmiss. de la Syphilis au nourrisson.* 1870.

E. Langlebert, *la Syphilis dans ses rapports avec le mariage.* 1873. pag. 240—287, 306—324.

[34] „Un enfant né sain, bien qu'issu de parents syphilitiques, n'a jamais pris la Syphilis en tétant sa mère. Quant à moi je déclare n'avoir jamais rien vu de semblable, je déclare ne pas connaître un seule exemple d'une mère ayant engendré un enfant sain, puis l'infectant en lui servant de nourrice." A. Fournier, *Syph. et mariage.* 1880. pag. 226.

Meine persönlichen Erfahrungen stimmen mit denen von Fournier.

Wie auch schon lange bekannt, hat die jüdische[35] Beschneidung sehr oft[36] Infektion von Kindern veranlafst, sowohl nach altem Ritus ausgeführt, wo der Operateur (Mohel, hebr.) das beschnittene Glied in seinen Mund nimmt, wie nach neuem, wo der Beschneider nur aus seinem Munde die Wunde mit Wein bespritzt. Umgekehrt ist es aber auch vorgekommen, dafs ein syphilitisches Kind den Operateur angesteckt hat. Die Häufigkeit, mit welcher solche Infektionen hier und da vorgekommen sind, hat öfter[37] die offiziellen Administrationen dazu veranlafst, kontrollierend bei der Ausübung dieses religiösen Ritus aufzutreten. An vielen Orten wird schon jetzt von den jüdischen Gemeinden eine kunstgerechte aseptische Zirkumcision verlangt.

Leider passiert es nicht selten, dafs Hebammen und besonders Ärzte, mitunter auch Dentisten (Bulkley) bei professionellen Explorationen und Untersuchungen syphilitischer Individuen angesteckt werden, dann fast immer an den Händen, besonders am (rechten) Zeigefinger. In damit verwandter, aber weniger schuldfreier Weise hat man (Fournier) junge Männer nach lokalen Agaçerien, und junge Mädchen am Finger infiziert gesehen, nachdem sie Manustupration mit einer Freundin getrieben hatten, welche an den Genitalien Schleimpapeln hatte. Umgekehrt ist es auch geschehen, dafs in solcher Weise infizierte Hebammen und Ärzte die erworbene Fingerinfektion ganz übersehen haben oder als ganz unwesentlich, als anfangendes Panaritium u. dgl. betrachtet; in dieser Weise sind dann selbst kleinere und gröfsere lokale Endemien entstanden (Colles, Bardinet u. m.).

Endlich liegen auch Erfahrungen vor von Übertragung von Syphilis durch transplantierte Zähne (Lettsom, 1787) sowie

---

[35] Die Beschneidung bei den Muhamedanern ist in dieser Beziehung an vielen Orten (Konstantinopel) wahrscheinlich mit noch gröfseren Gefahren verbunden (Vergl. Lewentaner, Über Beschneidungssyphilis. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1887, 20. pag. 904—906).

[36] Kédotoff, Transmiss. de la Syphilis par la circoncision. *Ann. de dermat. et de syphiligr.* 2. S. V. 1884. pag. 526—529.

[37] Salomon, *Die Beschneidung.* 1844.

[38] Vergl. (*Gaz. hebdom.* 1881, 44) *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1882. pag. 94.

durch die (Reverdinschen) Transplantationen von Hautstückchen (Deubel), wenn die bezüglichen Individuen sich im ersten Stadium von Syphilis befanden.

Mit allen diesen Arten und Weisen, in welchen das gefährliche Gift in den Organismus eindringen kann, sind aber noch nicht alle Möglichkeiten zu Ansteckungen besprochen. Im praktischen Leben kommen dann und wann Fälle vor, in denen auch die umsichtsvollste und ganz mifstrauische Untersuchung und Ausfragen den Ursprung der doch wahrscheinlichen direkten Ansteckung jedenfalls mit Sicherheit nicht zu bestimmen vermag, ganz abgesehen davon, dafs quilibet syphiliticus mendax und quaelibet gewifs nicht weniger.

Man kennt experimentell [39] die Vitalität und ziemlich grofse Widerstandsfähigkeit des syphilitischen Virus; es ist ferner in der letzten Zeit, vorlaufig doch wohl nur durch Analogieschlüsse, wahrscheinlich geworden, dafs die Syphilis eine Mikrobenkrankheit sei. Es steht nun für gewisse, in mehreren Beziehungen mit der Lues verwandten bakteriellen Krankheiten fest, dafs ihr Virus seine Ansteckungskraft noch in der Leiche des respektiven Individuums oder Tieres bewahrt. Man kennt, obgleich ziemlich ungenügend[40], die Übertragung der Tuberkelbacillen von Leichnamen als Leichnamswarzen. Und es ist längst bekannt, dafs Rotz auf Menschen durch Schinden von rotzigen Tieren übertragen worden ist, so wie Milzbrand durch Häute, Hörner und Hufe von Tieren, die diesem Leiden unterlegen sind. Es ist daher kurios, dafs die Frage von Übertragung der Syphilis durch Leichname von Personen mit Lues in der Sekundärperiode noch nicht gestellt oder behandelt ist. Bei den älteren[41] Syphilidologen, die sonst so leichtgläubig in betreff von Glauben an Ansteckungsfähigkeit der Syphilis waren, sowohl der kontagiösen wie der miasmati-

[39] W. Boeck und A. Scheel, Die Eigenschaften des syphilit. Virus. *Archiv f. Dermatol. u. Syph.* IV. 1872. pag. 473—490.
W. Boeck, *Undersög. angaaende Syphilis.* 1875. pag. 223—242.

[40] Baumgarten, *Lehrb. d. patholog. Mykologie.* II, 1. 1887. pag. 611

[41] Astruc (*De morbis venereis.* Ed. altera. II. 1740. pag. 1156) hat eine Zusammenstellung der älteren Syphilidologen, die Luetiker seziert haben, geliefert.

schen, findet sich keine Spur einer solchen Annahme. MORGAGNI, der, wie bekannt, Sektionen von Leichnamen nach „malignen Fiebern“ gegenüber sehr ängstlich[42] war, hat ohne Bedenken eine Menge von Syphilitikern seziert. Es ist doch gar nicht unwahrscheinlich, dafs Syphilis-Mikroben durch Sektion von Kadavern der erwähnten Art übertragen werden könnten und infizieren.[43] Wahrscheinlich haben wir hier (in Kopenhagen) einen traurigen Fall dieser Art erlebt.

Aufser der direkten Ansteckung kommt aber noch eine mittelbare, indirekte vor, die im Leben eine grofse Rolle spielt. Diese Ansteckungsweise ist für die Ausbreitung der Lues im grofsen, von sehr wesentlicher Bedeutung, besonders in den niederen Klassen, wo Gemeinschaft in Armut und im Unglück so viele Gemeinschaft im Zusammenleben und im Gebrauche von Utensilien mit sich bringt. Hauptsächlich in dieser Weise haben sich die berüchtigten, jetzt fast ausgestorbenen oder aussterbenden luetischen Endemien entwickelt, die skottischen „Sibbens“, die norwegische „Radesyge“, die Dithmarschische Seuche, das jütländische Syphiloid, die dalmatinische und kroatische Skerljevo[44] und die Falcadina, die serbische Frenga u. s. w. Und wesentlich denselben Ursprung haben die ähnlichen, noch mehr lokalen „Epidemien“ gehabt, die noch in diesem Jahrhunderte aufgetaucht sind, besonders auf dem Kontinente Europas, in Hessen, Frankreich u. s. w.

Meistens sind es Gerätschaften, so wie überhaupt Utensilien, die das ansteckende Mittelglied liefern. Es ist auch

---

[42] MORGAGNI, *De sed. et causis morborum.* Nona ed. cur. CHAUSSIER et ADELON. VI. 1822. pag. 210—216 (Ep. XLIX, 32).

[43] Die von PAULINI (*Observ. medico-phys. selectae et curiosae. Decuriae annorum secundae miscellaneorum medico-physicorum sive Ephemeridum Germanicarum* Annus 5tus. 1487. Appendix I. pag. 1—77) bewahrte Geschichte von Infektion durch pulverisierte Knochenmasse eines Luetikers kann kaum in Betracht kommen. Sie ist übrigens sowohl von GIRTANNER (*Abh. über die vener. Krankh.* II. 1793. pag. 278) wie von SIMON (*Krit. Gesch. der Syphilis.* II, 2. 1860. pag. 103) kommentiert worden oder wenigstens beachtet.

[44] M. v. ZEISSL, Über „Skerljevo“. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* XIV. 1887. pag. 298—322.

nach dem, was über die nicht geringe Vitalität des luetischen Virus bekannt ist, leicht verständlich, dafs ein Gegenstand, an dem der Ansteckungsstoff noch klebt, denselben an eine kutane oder muköse Fläche eines gesunden Individuums übertragen kann. Mehrmals soll solches schon durch Kleidungsstücke, besonders durch Hosen, geschehen sein; und diese Ansteckungsweise scheint schon beobachtet oder wird als beobachtet angegeben von älteren Syphilidographen (Nic. Massa, F. Benedictus, Fracanziani (1563), Fabr. Hildanus u. m.). In ähnlicher Weise hat Infektion auch durch Maschen (Ricord) oder durch Handschuhe (Leloir) stattgefunden, welche kürzlich mit Schleimpapeln in intimer Berührung gewesen waren. Es ist eine schon von den ältesten Syphilidologen stammende Behauptung, dafs Syphilis erworben werden kann durch das einfache Liegen im Bette mit oder gleich nach einem Luetiker, (nicht allein dadurch dafs Haut mit Haut in Berührung kommt, sondern) dadurch, dafs Leinwand oder im ganzen Bettkleider, die kürzlich mit syphilitischem Sekrete beschmutzt worden sind, mit der Haut eines nicht-luetischen Individuums in Kontakt kommen. Nic. Massa besonders[45] notiert einen solchen Fall, der einen seiner Freunde traf; und spätere (Schwediaur) und selbst neuere Autoritäten (Ricord, Lancereaux, Rollet) meinen ähnliche Erfahrungen erlebt zu haben. Ich selber habe einen vielleicht ähnlichen Fall gesehen. Ein ganz junger Lehrling teilte Bett mit einem älteren Kameraden, welcher sich mit pustulösen Syphiiden bedeckt zeigte; der jüngere bekam Roseola u. s. w. und hatte an der einen Regio epiglutaea eine indurationsähnliche Härte gezeigt. Vorliegende Angaben (Boeck, Baum), dafs Individuen durch Handtücher angesteckt worden sind oder (Boeck u. a.) durch Waschen von Leinwand von Syphilitikern, enthalten auch nichts Unwahrscheinliches.[46] Ebenso wenig läfst

---

[45] Nic. Massa, *De morbo gallico.* 1532 (1563).
Luisinus. 1566. pag. 37. — *Aphrodisiacus.* I. 1728. pag. 41.

[46] W. Boeck (*Undersög. angaaende Syphilis.* 1875. pag. 229, 260) zeigte (in 7 Versuchen), dafs Virus von einem syphilitischen Individuum, auf Leinwand eingetrocknet, und schon nach einem Tage aufgeweicht, mit Lanzette inokuliert, wirkungslos ist.

sich die Möglichkeit der Ansteckung durch Lederbezogene Leibstühle oder durch Stechbecken verneinen, so wenig wie die auf (besonders öffentlichen) Klosetten.[47] Syphilis ist ferner durch Schnupftücher erworben gesehen, die das Virus an die Augenwinkel und an die Nase übertrugen[48], und durch Verbandmaterial (Boeck, Björken, Pellizzari), sowie durch (ungereinigte) Schwämme (Cullerier, Ponté (Fournier), Pellizzari).

Sehr häufig sind Beobachtungen von Übertragung zu der Mundschleimhaut vorgekommen und zwar in den verschiedensten Weisen. Zahnbürsten sind öfter Zwischenglied gewesen (Baxter, Taylor), noch öfter Kontorrequisiten, die in Gemeinschaft gebraucht werden, somit Schreibapparate, Bleistifte (Rohé), Papiermefser (Homolle) und Mundleim.[49] Nicht ganz selten ist Syphilis, besonders früher, durch den gemeinschaftlichen Gebrauch von Zigarrenröhren und Tabakspfeifen (Boeck[50], Lancereaux[51]) entstanden, sowie in verschiedener Weise durch Zigarren (Bulkley), besonders in der Zeit, wo für die Fabrikation Verfahren angewendet wurden, die jetzt aufser Gebrauch sind.[52] In verwandter Weise ist Lues, und zwar öfter, durch die Milchsauger (der Säugekinder) und durch Stücke Brustzucker, die vom einen Mund in den anderen passiert sind (Hardy[53], Leloir), verpflanzt; vor allem aber durch die in früherer Zeit so gebräuchliche Art Kinder zu päppeln, indem der Löffel mit Essen vom Pappelnden in den Mund genommen wurde und somit von den Sekreten desselben besudelt

[47] In den Schiffsartikeln der Dänischen Kriegsmarine fand sich von der Zeit des Königs Christian II. (1523—1533) ab und noch lange der, dafs es bei Strafe von Kielholing jedem, der Franzosen oder böse Geschwüre hatte, verboten war, auf die gemeinschaftlichen Abtritte zu gehen.

[48] Leloir, l. c. pag. 60.
Mireur, *La Syphilis et la prostitution.* 1875. pag. 154.

[49] Leloir, *Leçons.* 1886. pag. 61.

[50] W. Boeck, *Erfaringer om Syphilis.* 1875. pag. 89.

[51] Lancereaux, *Traité hist. et prat. de la Syphilis.* 1866. pag. 645.

[52] Bumstead and Taylor, *The pathol. and treatm. of venereal diseases.* 5. ed. 1883. pag. 467.

[53] *Gaz. des hôp.* 1865. pag. 445.

werden konnte[54], so wie umgekehrt vom Kindermunde Virus übertragen.

Noch häufiger sind es Eſs- und Trinkgeschirre gewesen, die die Ansteckung vermittelt haben, Löffel (besonders hölzerne), Gabeln, Flaschen Tassen, und Gläser. Viele Schuld trägt in dieser Beziehung die (auch hier in Dänemark) sehr verbreitete Unsitte, während des Zubereitens des Essens durch einen gemeinschaftlichen Löffel zu kosten (Lancereaux, Rollet[55]). In dieser oder ähnlicher Weise können die auch in den letzteren Jahren hier im Norden (C. Boeck, Haslund) beobachteten oder als solche gedeuteten Fälle von primären syphilitischen Schlundgeschwüren entstanden sein; die Irrumation spielt hier im ganzen sicherlich eine viel geringere Rolle als man oft angenommen hat. Durch den gemeinschaftlichen Gebrauch von Trinkgläsern ist Syphilis öfter entstanden, und Erfahrungen dieser Art liegen schon von den älteren Syphilidologen (Lobera [1544], Botalli, A. Paré, Rhodius u. a.) vor, so wie derartige Erfahrungen früh in das Volksbewuſstsein übergingen.[56] Im vorigen Jahrhunderte erzeugte die Häufigkeit solcher Infektionen eine um sich greifende Furcht vor dem gemeinschaftlichen Kelch bei der Administration des Abendmahls, woraus eine besondere kleine Litteratur hervorging.[57] Die ganz wenigen Fälle, die bisher bekannt geworden sind (Mireur, Arthur), von Ansteckung durch die gemeinschaftlichen Becher an den öffentlichen Trinkbrunnen, haben noch der Bevölkerung keine Furcht einflöſsen können.

Selbstfolglich können die Mundstücke von musikalischen Blasinstrumenten[58] dieselbe Wirkung hervorbringen, so wie auch gewisse Arten von Kinderspielsachen, wie Trompeten, Flöten und Pfeifen, wenn ein syphilitischer Verkäufer oder Kunde

---

[54] Schon Schurig (*Sialologia.* 1723. pag. 178) warnt vor dieser Unsitte.

[55] Rollet, Ét. clin. sur le chancre produit par le contagion de la Syphilis sécond. *Arch. génér.* 1859, 1. pag. 399.

[56] Shakespeare, Measure for measure. Act I. Scene II. Lucio: „— forget to drink after thee."

[57] Vergl. Gruner, *Die venerische Ansteckung durch gemeinschaftliche Trinkgeschirre und durch den gemeinschaftlichen Kelch.* 1787.

[58] Vergl. auch Arthur, l. c. 1886. pag. 676.

an den Instrumenten zuvor geblasen hat (GALIPPE). Vor allem sind aber die in Gemeinschaft, meistens von je drei Arbeitern, bei der Glaspusterei benutzten Mundstücke oft verhängnisvoll gewesen und haben ganze kleine Endemien veranlafst. Nachdem ROLLET zuerst (1859) die Aufmerksamkeit auf diese „Syphilis verrière" hingelenkt hatte[59] ist nach und nach eine kleine darauf bezügliche Speziallitteratur entstanden (DIDAY, GUINAUD, BERNARD, BESNIER, MARGONINER), welche die Entwickelung des Initialsymptoms bald an den Lippen und an der Zunge, bald an dem weichen wie an dem harten Gaumen[60] nachgewiesen hat.

Nicht selten haben chirurgische und verwandte Instrumente als Zwischenglieder für die luetische Infektion gedient, wenn sie ohne gehörige Reinigung nach Gebrauch an syphilitischen Individuen bei gesunden gleich angewendet worden sind. An das Gesicht hat solche Übertragung durch Rasiermesser (DESPRÈS, HARDY, PELLIZZARI, FLEISCHER[61]) stattgefunden; an die Mundschleimhaut durch die verschiedensten Apparate, durch Zahninstrumente (LELOIR), durch Depressores linguae, Laryngoskope und besonders durch Tubenkatheter[62]; an die weibliche Genitalschleimhaut durch Specula vaginae (TARDIEU, LANCEREAUX, FOURNIER), durch Irrigatoren und ähnliche Instrumente zu Vaginaldouchen[63], so wie an den Penis durch die bei den Juden und den Mohamedanern bei der Beschneidung angewandten Instrumente; an den Anus endlich durch Klystierspritzen. Aufserdem ist Syphilis aber an den verschiedensten Körperteilen durch Bistouries[64], Lanzetten (Venaesektion) und Schröpfköpfe[65] über-

---

[59] ROLLET, *Rech. sur la Syphilis.* 1861. pag. 275—277.
Traité des mal. vénér. I. 1865. pag. 24.

[60] MARGONINER, Beitr. zu den Primäraffekt. der Syphilis. *Monatsh. f. prakt. Dermatologie.* VI, 11. 1887. pag. 498.

[61] FLEISCHER, Syphilitic infection by the razor. *Lancet.* 1886, II. 21. pag. 988 (Rufsland).

[62] LANCEREAUX, *Traité.* 1886. pag. 643—644.
Éruption pustulo-papul. syphilit. génér. à la suite d'un cathéter. de la trompe d'Eustache. *Gaz. des hôp.* LIX, 25. 1886.

[63] FOURNIER, *Leçons sur la Syphilis.* 1873. pag. 55.

[64] E. LANG, Über — paras. Sykosis und einige entzündl. Geschwülste. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* V. 1878. pag. 535—536.

[65] Für die durch Schröpfen entstandene, berüchtigte Brünner Epidemie

tragen gesehen, sowie durch Höllensteinstifte (oder ihre Einfassung) (LELOIR), sowie schliefslich durch die bei der Elektrisierung angewendeten Elektroden.[66] Hierher gehören endlich noch wohl meistens die ziemlich zahlreichen Fälle, wo Syphilis nach Tätowierung entstanden (JOSIAS, MAURY, DULLES, PÉTRY, ARTHUR[67]) gesehen ist.

Innerhalb dieser Kategorie findet auch die ihrerseits so viel umstrittene und abgehandelte[68] vaccinale Syphilis ihren Platz. Bei derselben geschieht die Infektion durch das Instrument des Vaccinatörs, das in verschiedener Weise luetische Lymphe empfangen haben kann und dieselbe auf ein gesundes (nicht luetisches) Individuum, meistens ein Kind, überträgt. Das Instrument kann dadurch infiziert sein, dafs der Vaccinifer ein als solches mifskanntes syphilitisches Kind ist. Die reine Lymphe ist, wie oben erwähnt, vielleicht nicht syphilidophor, sehr oft (VIENNOIS) ist dieselbe aber mit Blut vermischt oder mit hingefallenen Teilchen eines syphilitischen Infiltrats am Boden der Vaccineblase, und wird dann oft virulent. In dieser augenblicklichen Reinheit oder Verunreinigung der benutzten Vaccine-Lymphe liegt wohl meistens auch die Erklärung der Thatsache, dafs einzelne Kinder glücklich von solcher Impfung kommen, während andre so schwere Folgen tragen müssen. Die Infektion kann ferner daher kommen, dafs eines der, mit ungereinigter Nadel nacheinander, vaccinierten Kinder syphilitisch ist; das Virus kann dann von demselben an verschiedene der gemeinschaftlich vaccinierten Kinder übertragen werden, wie auch an das vaccinifere. Während Massen-

---

1577 vergl. JEITTELES, Über ein Syphiloid zu Brünn. *Prager Vierteljahresschr.* LXXIX. 1863. pag. 49—70.

Es ist bekannt, dafs mehrere ähnliche kleine Endemien in verschiedenen Städten Deutschlands (Ulm, Bamberg u. a.) im Laufe des 17ten Jahrhunderts entstanden sind.

[66] C. PELLIZZARI, Della trasmissione accid. della sifilide studio pratico (*Giorn. ital. delle mal. ven.* 1882). *Ann. de dermat. et de syphiligr.* 2. S. IV. 1883. pag. 118.

[67] Vergl. G. ARTHUR, On the infrequency of second. syphil. contagion. *The (New York) medical record.* XXX, 25. 1886. pag. (674—677) 675 (26 Fälle).

[68] Vergl. De la Syphilis vaccinale, communication à l'Acad. impér. de médicine par Mrss. etc. 1865.

Revaccinationen von Erwachsenen kann fernerhin ein luetisches Individuum die Vaccine-Nadel infizieren und somit Übertragung von Syphilis an andre Erwachsene sowie an das Kind, von dessen Arm geimpft wird, veranlassen. Schliefslich könnte noch der Vaccinatör selbst als Ansteckungsquelle fungieren, in Fällen nämlich, wo derselbe frische Syphilis mit Mundaffektion hat und die Lymphe aus einer Röhre ausgeblasen[69] oder mit seinem Mundsekrete direkt verdünnt hat oder die Nadel damit befeuchtet. — Die vaccinale Syphilis tritt meistens nach Massen-Vaccinationen und Massen-Revaccinationen auf, bei denen in Eile und ohne stetige Reinigung der Nadel Individuum auf Individuum leichtfertig geimpft wird. In dieser Weise hat man das Auftreten von ganzen kleinen Endemien beobachtet, die mitunter noch dadurch an Umfang zugenommen haben, dafs die vaccinalsyphilitischen Kinder zufällig weiter angesteckt haben. Wiederholte Erfahrungen dieser Art haben der immer mehr in Gebrauch kommenden animalen Vaccination den Weg gebahnt.

Aufser allen diesen Gerätschaften, Instrumenten u. s. w. können aber auch lebende Geschöpfe der indirekten Ansteckung dienen, vor allem aber Menschen.

Es ist eine alte, schon von den ältesten Syphilidologen, wie Widmann, Cataneus (1504), Fernel[70], Thierry de Héry u. a. stammende und später oft bestätigte Erfahrung, dafs Syphilis durch Transit fortgepflanzt werden kann. Ein Frauenzimmer hat für einige Augenblicke oder wenigstens für kurze Zeit (im Vestibulum oder in der Vagina) durch Concubitus syphilitisches Virus in Depôt empfangen; dasselbe greift zufällig nicht dieses Individuum an, sondern ein neues kohabitierendes. Oder, ein Mann hat durch Concubitus luetisches Virus am Gliede bekommen, hat gleich oder kurz darauf neuen Coitus und überträgt an dieses Individuum das Virus, während er selbst intakt bleibt. Ich habe auf diese Weise eine junge Frau infiziert gesehen. — Es ist

---

[69] Haussmann, Über eine bei der Pockenimpfung bisher übersehene mögliche Infektion. *Berl. klin. Wochenschrift.* XXII. 1885. pag. 233—235.

[70] Fernel, l. c. pag. 199.

öfter passiert, dafs Ärzte sich in der Augengegend sowie in oder an der Nase infiziert haben, wenn sie ein in dieser Gegend entstandenes Jucken oder Kitzeln mit Fingern augenblicklich befriedigt haben, die ungereinigt eben von der Untersuchung eines syphilitischen Individuums herkamen.[71] Ganz dasselbe ist andern Individuen[72], während des Concubitus mit einem (lokal-) luetischen Frauenzimmer oder unmittelbar nachher, passiert (Thiry, Poncet, Nettleship, Morel-Lavallée). Häufiger ist es vorgekommen, dafs Ärzte und Hebammen, besonders in Spitälern und Gebärhäusern, Lues übertragen haben bei der Untersuchung von mehreren Individuen unmittelbar nacheinander, ohne dafs die untersuchende Hand oder der Finger, die selber unbeschädigt geblieben sind, zwischen den einzelnen Untersuchungen gehörig gereinigt worden sind. Ganz dasselbe kann selbstfolgend mit andern wenig reinlichen Individuen unter sexuellen Relationen der Fall werden, und in diesem Verhältnis liegt sicherlich mitunter die Erklärung des Entstehens von Lues bei Individuen, die feierlichst stattgefundenen Coitus leugnen, aber wohl verschiedene sexuelle Agaçerien zugestehen. In etwas verwandter Weise kann ein gesundes Säugekind mit unbeschädigten Lippen, das an verschiedene Brüste gelegt worden ist, luetisches Virus von einer syphilitischen Brustwarze an eine gesunde übertragen, und das Kind selbst gesund bleiben. Umgekehrt ist es auch geschehen, dafs eine gesunde Amme, die mehreren Kindern unmittelbar nacheinander Brust gegeben hat, von einem derselben, das syphilitisch war, an ihrer gesunden Brustwarze luetisches Virus abgesetzt bekommen hat, das dann ein oder mehrere Kinder infiziert, während sie selber intakt bleibt. Selbstfolgend sind solche Fälle besonders in Gebärhäusern und in Findelkind-Anstalten vorgekommen.

Endlich sind auch Ektoparasiten als Ursprung des Ent-

---

[71] D. Debeck, *Du chancre syphilit. des paupières et de la conjonctive* (Contribut. from the ophthalm. clinic. med. college of Ohio. 1886). *Ann. de dermat. et de syphiligr.* VIII. 1887. pag. 209—211.

[72] Morel-Lavallée, Deux observ. de chancres extragénit. *Ann. de derm. et de syphiligr.* VIII. 1887. pag. 701—702.

stehens von Lues ausgelegt worden, also Mücken, Flöhe[73], Läuse, Wanzen, ja selbst Krätzmilben (Diday, Profeta), und sogar dem Anschein nach ganz unschuldige Insekten wie Fliegen.[74] Was die Krätzmilben besonders betrifft, werden dieselben wohl nur dadurch eine Rolle, zwar aber eine bedeutende, spielen können, dafs sie, besonders am Penis, durch das verursachte Jucken Exkoriationen hervorbringen[75], also sehr gefährliche Ansteckungs*pforten* (Lailler). Wenn Syphilis eine bakterielle Krankheit ist, und das ist wahrscheinlich, dann wird diese Ansteckungsweise nicht ganz ohne weiteres abzuweisen sein. Davaine u. a. haben, wie bekannt, mit der Mundröhre und mit den Füfsen von Insekten, die mit milzbrandkranken Tieren in Berührung gewesen waren oder Blut derselben eingesogen hatten, Milzbrand eingeimpft. Es ist fernerhin bekannt, dafs die Hausfliege, und vielleicht selbst nicht so ganz selten, für die Verbreitung der tuberkulösen Lungenschwindsucht von Bedeutung sein kann (Spillmann, Haushalter). Hier konnten schliefslich vielleicht noch die Erfahrungen der letzten Jahre in Betracht kommen von der Rolle, die die Mücken mittelbar für das Entstehen der in den tropischen und subtropischen Ländern so häufig vorkommenden Chylurien und elephantiastischen Affektionen (Filariosen) spielen. Es kann daher auch die Möglichkeit nicht absolut geleugnet werden, dafs einige der erwähnten Ektoparasiten die Lues in einer ähnlichen Weise übertragen könnten.

Syphilis ist eine der Menschheit drohende, im Dunkeln und heimtückisch schleichende Krankheit, in ihrer Chronizität gefährlich und unberechenbar für die leidenden Individuen,

---

[73] Flöhe scheinen Milzbrand übertragen zu haben (Baumgarten, l. c. 1887. pag. 443).

[74] Schwediaur, *Traité complet — des mal. syphilit.* 7. éd. II. 1817. pag. 322 (Yaws, Pian).

[75] Lailler, *Sur quelques affections cutanées.* 1877. pag. 101.

Baum, Kasuistische Beitr. zur Kenntnis der extragenit. Initialsklerose. *Vierteljahresschr. f. Dermatol. u. Syphilis.* XVII. 1885. pag. (97—116) 111 (XVIII).

durch eine nicht kurze Periode für die Umgebungen derselben gefahrschwanger, und durch lange Zeit für die Nachkömmlinge der Syphilitiker bedenklich. Aus der ganzen obenstehenden Darstellung geht hervor, dafs die Krankheit auf eine Unzahl von Arten und Weisen und auf den verschiedensten Wegen übertragen und fortgepflanzt werden kann; und es könnte eher Erstaunen erwecken, dafs diese Geifsel der Menschheit nicht viel mehr Menschen trifft, als es der Fall ist. Die Krankheit ist aber doch mehr als hinlänglich verbreitet und mehr als hinreichend gefährlich, um noch kräftiger verhütende und, wenn möglich, besser kurative Verhaltungsregeln zu erheischen als die schon obwaltenden.

Vor allem mufs es eine nicht abzuweisende Forderung sein, der so gefährlichen klandestinen Prostitution noch stärker nachzuspüren, sie zu verfolgen, bestrafen und zum grofsen Teile in die öffentliche aufgehen zu lassen. Die Bestrebung der letzten Zeit[76], die öffentliche Prostitution ganz abzuschaffen, ist nur eine ungesunde und unpraktische Äufserung des bösen Gewissens der heuchlerischen, sogenannten christlichen Gesellschaft und der ganzen im Augenblicke waltenden pietistisch-reaktionären Bewegung, und diese Vorschläge und Bestrebungen werden in dieser Weise kaum von irgend einer wesentlichen, noch weniger von dauernder praktischer Bedeutung werden. Europa hat in dieser Beziehung schon teure und warnende Erfahrungen gemacht. Ganz wird die Prostitution kaum jemals verschwinden. Die Natur hat den Menschen getrennt geschlechtlich gebildet; der sexuelle Drang findet sich aber bei den verschiedenen Individuen in so verschiedenem Grade entwickelt, von fast Nullpunkt bis zu einer alle Bande, Schranken und Rücksichten brechenden, halb wahnsinnigen Brunst. Die grausamen Strafen des Mittelalters vermochten nicht die Prostitution zu unterdrücken; die Jetztzeit würde es noch weniger vermögen. Der Umfang der Prostitution wird aber beschränkt werden können, und die Rekrutierung der-

---

[76] Vom April d. J. ab wird die öffentliche Prostitution in Christiania abgeschafft; nach traurigen, zu bereuenden Erfahrungen wird sie sicherlich wieder zurückkehren.

selben dürfte nur durch solche Individuen geschehen können, deren ganzes Naturel sie fast prädestinationsartig auf diesen Weg bringen mufste. Die elenden pekuniären Verhältnisse der weiblichen Arbeiter nötigen jetzt einen Teil derselben sich in die immer offenen und lockenden Arme der Prostitution zu werfen. Will die Gesellschaft im Ernst und mit Aussicht auf Gelingen der Prostitution entgegenarbeiten, dann ist hier der Weg, und vorläufig gibt es keinen andren.

Insoweit unter den jetzigen Verhältnissen möglich, mufs auch eine präventive Kontrolle mit vielen jüngeren Männern angestrebt werden, indem ihr lokaler sexueller Gesundheitszustand wiederholt konstatiert wird. Faktisch wird ja dieses mit der Mannschaft vieler Armeen und Marinen praktisiert, ferner mit vagabondierenden und ähnlichen Individuen; verschiedene in dieser Beziehung weiter gehende Vorschläge sind aber an einer praktischen Kritik gescheitert. Ein effektives Nachspüren nach ansteckenden Individuen ist ebenso notwendig, und die wissentlich Syphilitischen werden durch längere Zeit, soweit möglich, zu kontrollieren sein, und Sicherheit gestellt werden müssen, dafs sie in Behandlung seien. Die bestehenden Strafgesetze für unachtsame und leichtsinnige Übertragung der Lues müssen ohne Ansehung der Person strenge eingehalten werden. Endlich mufs für hinlänglich leichten und freien Eintritt in besondere Spitäler oder besondere Spitalsabteilungen gesorgt sein; in diesen mufs aber, schärfer als bisher in den allermeisten Städten gewöhnlich, eine Scheidung der syphilitischen von den andern venerischen Patienten getroffen werden, und das Armamentarium für diese zwei Katagorien ganz verschieden gehalten werden, sowie jede ihre besonderen Utensilien haben. Es wäre sehr zweckmäfsig, falls bei Eingehen vor Ehen ein Zertifikat verlangt werden könnte, dafs die betreffenden in den letzten Jahren Syphilis nicht erworben hatten.

Es kann kein Zweifel darüber walten, dafs die Verbreitung der Syphilis beschränkt werden könnte, durch Treffen von öffentlichen Veranstaltungen gegen die Seuche, sowie durch eine in der Bevölkerung wachsende Kenntnis der Krankheit, ihrer Ansteckungsweisen und ihrer Gefahren. Die Krankheit wird wahr-

scheinlich aber an das Leben der Menschheit unzerstörbar gekettet sein; sie wurzelt schliefslich in dem stärksten Triebe der menschlichen Natur und wird wohl immer als unheimlicher Begleiter desselben auftreten können. Falls SIGISMUND ALBICUS, der Prager Erzbischof und der Arzt (1347—1427), der Verfasser der ersten Makrobiotik[77], die grofse Syphilis-Epidemie erlebt hätte, würde er sich sicherlich um so mehr berechtigt gefühlt haben, einen seiner Kardinalsätze zu behaupten: vulva muliebris est spoliatrix toties vitae humanae. Wie viele Geschlechtskrankheitenärzte und wie viele Irrenärzte würden sich nicht oft versucht finden können, die ernstschwere Meinung der mittelalterlich-rohen Worte des braven ALBIKS zu unterschreiben.

Über Erysipel.

Von

Prof. Dr. A. POLOTEBNOW

in St. Petersburg.

Ins Deutsche übertragen von Dr. E. KROUG.

I. Behandlung des Erysipels.

Schon seit langer Zeit bemüht man sich bei der Therapie des Erysipels ein externes oder innerlich anzuwendendes Mittel zu finden, durch welches man den erysipelatösen Prozefs „fixieren", d. h. seine Ausbreitung von dem ursprünglichen Herde verhindern und damit den ganzen Verlauf der Krankheit abkürzen könnte. —

Einige dieser zu diesem Zwecke vorgeschlagenen Mittel

---

[77] HASNER, Die älteste Medicin in Böhmen. *Prager Vierteljahresschr.* XC. 1866. pag. (1—35) 19 —35.

fixieren auch in der That nach den Worten vieler Beobachter den erysipelatösen Prozefs; andre wieder lokalisieren den Prozefs wohl nicht auf seinen Herd, setzen jedoch die Temperatur herab und mildern andre schwere Symptone, namentlich solche von Seiten des Gehirns.

Diese Ansicht wird jedoch bei weitem nicht von allen Autoren anerkannt; ja gerade die Mehrzahl nimmt an, dafs es bei dem Erysipel bisher noch nicht gelungen wäre, ein spezifisches Gegengift ausfindig zu machen, und man aus diesem Grunde gezwungen sei, solche Erkrankungen symptomatisch oder exspektativ zu behandeln. Bei einer solchen Therapie ergab sich das Faktum, dafs das Erysipel einen äufserst verschiedenen Verlauf nimmt. So z. B. schwankt der letztere zwischen 2 und 14 Tagen, ein Prozefs, welcher successive gröfsere Körperflächen ergreift, kann sich von 2 Wochen bis 3 Monate hinziehen. Die Temperatur, unter welcher die Krankheit verläuft, steigt bisweilen über 41,0°, in andern Fällen wieder, wo der Prozefs dieselben Strecken einnimmt, übersteigt sie kaum 38,0°. Ebenso mannigfaltig sind Komplikationen und Mortalität; letztere z. B. schwankt zwischen 3 % und über 50 %.

Dieser verschiedenartige Verlauf und die mannigfachen Ausgänge, welche der Prozefs unter einer indifferenten, exspektativen oder nur symptomatischen Therapie nimmt, erschwert eine Würdigung der zu abortiver Behandlung vorgeschlagenen Mittel in hohem Mafse. Noch mehr erschwert wird die richtige Abschätzung durch den Umstand, dafs das Erysipel, ähnlich wie viele andre Infektionskrankheiten, bekanntlich in verschiedenen Jahren zu verschiedenen Jahreszeiten ganz verschieden verläuft. Der Unterschied im Verlauf, den Symptomen und der Mortalität tritt während verschiedener Epidemien noch deutlicher hervor.

Es ist daher meiner Ansicht nach der beste Weg, auf dem man, wenn auch nicht einer Lösung, so doch einer Klärung der Frage näher treten könnte, der einer gleichzeitigen und parallelen exspektativen oder symptomatischen Therapie einerseits und einer abortiven Behandlungsweise anderseits.

Eine derartige parallele Therapie habe ich in der von mir

geleiteten Klinik vom Februar 1881 bis zum Juli 1883 durchgeführt.

Als Abortivmittel benutzte ich eine Höllensteinlösung. Meine Wahl fiel auf dieses Mittel, weil dasselbe auf die Empfehlung Prof. VOLKMANNS hin von vielen Ärzten angewandt wurde, u. z. mit den allerverschiedensten Erfolgen; zweitens aber um einige Lücken in früheren Beobachtungen, die in meiner Klinik mit demselben Mittel von meinem früheren Assistenten, Prof. STUKOWENKO angestellt worden waren, auszufüllen.

Die Applikation der Höllensteinlösung geschah in folgender Weise:

Vor allem wurde die kranke — in einer Ausdehnung von 2—3 Querfinger auch die gesunde — Haut sorgfältig und mehrfach mit warmem Wasser und einfacher grauer Seife abgewaschen, darauf, falls sie nicht schon ganz entfettet schien, mit einem in gewöhnlichen Spiritus getauchten Schwamm abgerieben und mit einem weichen, reinen Handtuch vorsichtig abgetrocknet. Bei Erysipel der behaarten Kopfhaut wurden die Haare gewöhnlich mit einer Schere möglichst kurz geschnitten; war die Haut mit fettigen Schüppchen bedeckt, so wurde sie gleichfalls mit Wasser und Seife gewaschen, bisweilen genügte ein einfaches Bürsten mit einer weichen in Spiritus, Eau de Cologne oder Toiletteessig getauchten Zahnbürste. Die absolute Reinigung der Haut von Schmutz, Schuppen und Fett, namentlich bei voraufgegangener Salbentherapie, ist eine wichtige und nicht immer leichte Aufgabe.

Ist die Haut gut gewaschen und abgetrocknet, so nehmen wir einen kurz beschnittenen Scharpiepinsel oder einen auf eine Pinzette gewickelten Bausch von hygroskopischer Watte oder Scharpie, tauchen ihn in die Höllensteinlösung und streichen nun langsam und vorsichtig, ohne dem Patienten Schmerzen zu bereiten, die Lösung auf die ganze erysipelatöse Oberfläche, wobei wir auch die scheinbar gesunde Haut auf circa 2—3 Querfinger in den Bereich der Applikation hineinziehen. Die Lösung haftet recht schwierig; beim ersten Bestreichen der Haut mit dem nassen Pinsel sammelt sich die Flüssigkeit in einzelnen grofsen Tropfen an, daher ist ein einfaches Bepinseln zur gleichmäfsigen Verteilung und Durchtränkung der Hornschicht der Haut durchaus ungenügend, es mufs geradezu eine Einreibung u. z. eine recht gründliche, 5—10 Minuten, ja noch länger dauernde sein, je nach der Gröfse der erysipelatösen Fläche. Wenn schon ein ungelenkes Waschen der Haut bisweilen (wenn auch selten) dem Kranken etwas unangenehm ist, so haben wir über das Einreiben nicht die geringste Klage gehört.

Bei Gesichts- und Kopferysipel lassen wir die kranken Partien nach der Einreibung unbedeckt; bei Erysipel der Extremitäten und des Rumpfs bleiben die Teile nur bis zu ihrem Austrocknen, was übrigens wegen der erhöhten Hauttemperatur sehr rasch geschieht, offen. Später umwickeln

wir sie behufs Aufhebung der Reibung der Wäsche und Decke mit einer dünnen Wattelage, welche wir mit einigen ganz lose geknüpften Bindetouren fixieren.

Nach 6—10—12 Stunden wiederholen wir die Einreibung und setzen sie ein- bis zweimal täglich bis zur Beendigung des Prozesses fort. Schreitet derselbe nach 2—4 Einreibungen dennoch fort, so folgen wir ihm auch mit unsrer Lösung bis zum gänzlichen Stillstande nach.

Die Lösung war in dem Verhältnis von einer bis einer halben Drachme Arg. nitr. auf eine Unze Aqua dest. hergestellt. Die erstere, 4 : 30, ruft nicht selten eine Blasenbildung auf den bestrichenen Hautpartien hervor, daher benutzten wir häufiger eine Lösung im Verhältnis von einer halben Drachme auf eine Unze Wasser, welche für gewöhnlich den Kranken keinerlei unangenehme Empfindungen verursacht. —

Neben der Höllensteintherapie kamen bei den parallelen Patienten Kaltwasserkompressen zur Anwendung. Bei Herzschwäche und den ersten Kollapssymptomen erhielten beide Kategorien die entsprechende Medikation.

Alle vom Februar 1881 an in die Klinik aufgenommenen Erysipelkranken bekamen Nummern; diejenigen mit ungeraden Zahlen wurden mit Höllenstein, die mit den geraden Zahlen wurden mit Kompressen behandelt.

Im ganzen kamen in der genannten Zeit 60 Kranke zur Behandlung, die sich auf Jahre und Monate folgendermafsen verteilten:

	1881	1882	1883	Summa
Januar	—	2	2	4
Februar	2	2	2	6
März	6	3	1	10
April	4	—	3	7
Mai	2	2	1	5
Juni	3	2	1	6
Juli	1	—	1	2
August	1	—	—	1
September	—	—	—	—
Oktober	2	4	—	6
November	5	3	—	8
Dezember	5	—	—	5
	31	18	11	60

Die Kranken traten in die Klinik:

	Lapis	Kompressen
am 1. Tage der Erkrankung	2	3
„ 2. „ „ „	7	11
„ 3. „ „ „	11	9
„ 4. „ „ „	4	3
„ 5. „ „ „	2	1
„ 6. „ „ „	2	3
„ 7. „ „ „	1	—
„ 11. „ „ „	1	—
	30	30

Die Behandlung dauerte:

	Lapis	Kompr.
1 Tag bei	3	3
2 „ „	8	2
3 „ „	5	5
4 „ „	3	2
5 „ „	1	6
6 „ „	2	1
7 „ „	2	4
8 „ „	2	2
10 „ „	1	—
11 „ „	2	2
13 „ „	—	1
14 „ „	1	—
16 „ „	—	1
17 „ „	—	1
	30	30

Die ganze Krankheit dauerte:

	Lapis	Kompr.
4 Tage bei	6	2
5 „ „	6	4
6 „ „	3	4
7 „ „	3	5
8 „ „	2	4
9 „ „	1	3
10 „ „	2	1
11 „ „	4	2
12 „ „	—	1
13 „ „	1	2
16 „ „	2	—
17 „ „	—	1
18 „ „	—	1
	30	30

Die mit Höllensteinlösung behandelten Kranken sind mithin 139, im Mittel jeder 4,6 Tage, behandelt worden.

Die mit Kompressen behandelten brauchten 178 Tage zu ihrer Behandlung, somit durchschnittlich 1,3 Tage mehr, als die mit Höllenstein behandelten.

Da jedoch die mit Höllenstein behandelten etwas später in die Klinik eintraten, als die mit Kompressen behandelten (die ersteren waren vor Eintritt in die Klinik im ganzen 75 Tage, die letzteren 57 Tage krank gewesen), so stellt sich beim Vergleich

der Zeitdauer des Gesamtverlaufs beider Kategorien der Unterschied in der Behandlungsdauer als noch um ein geringes kleiner heraus.

Die mit Höllenstein behandelten waren im ganzen 225 Tage, im Mittel 7,5 Tage krank, die mit Kompressen behandelten 251 Tage, also im Mittel 8,3 Tage, d. h. also nur um 0,8 Tage länger als die ersteren.

Wollen wir unsre Vergleiche fortsetzen. Das Erysipel nahm folgende Körperteile ein:

	Bei Behandlung mit Höllenstein	Bei Behandlung mit Kompressen.
1. das ganze Gesicht oder nur einen Teil desselben	15 mal	16 mal
2. das Gesicht und den behaarten Kopf	9 „	9 „
3. das Gesicht, den behaarten Kopf und einen Teil des Rumpfs...	5 „	4 „
4. die Extremitäten	1 „	1 „
	30 mal	30 mal

Speziell dauerte das Gesichtserysipel im Mittel bei Höllensteinbehandlung 6,6 Tage, bei Kompressenbehandlung 6,8 Tage; das Erysipel des Gesichts und des behaarten Kopfs unter Höllenstein 8, unter Kompressen 10,1 Tage; das Erysipel des Gesichts, behaarten Kopfs und eines Teils des Rumpfs unter Höllenstein 11, unter Kompressen 11,5 Tage. Auf den Extremitäten kam das Erysipel nur 2 mal vor, es lief unter Zuhilfenahme von Höllenstein in 13, bei Applikation von Kompressen in 6 Tagen ab.

Die Temperatur:

	Bei Behandlung mit Lapis	Bei Behandlung mit Kompressen.
über 40°	17	17
von 39° — 40°	8	7
„ 38° — 39°	5	4
„ 37° — 36°	—	2
	30	30

Eiweifs im Harn wurde bei 35 Kranken (58,3 %) beobachtet; bei 17 mit Höllenstein (56,3 %) und bei 18 mit Kompressen (60 %) behandelten. Die Eiweifsmenge wurde stets in der Ge-

samtmenge des innerhalb 24 Stunden gelassenen Harns bestimmt. Die Quantität der Eiweifsausscheidung war äufserst verschieden. In einzelnen Fällen nahm der Niederschlag die Hälfte des zur Untersuchung genommenen Harnvolumens ein, in andern kam es nur zu einer unbedeutenden Trübung.

Bei Erysipel des Gesichts wurde bei den mit Höllensteinlösung behandelten Kranken in 7 Fällen (46,6 %), bei denen mit Kompressen behandelten in 8 Fällen (50 %) Eiweifs konstatiert. Bei Erysipel des Gesichts und des Kopfes unter Höllensteinbehandlung in 4 (44,4 %), unter Kompressenbehandlung in 8 Fällen (88,8 %). Bei Erysipel des Gesichts, Kopfes und eines Teils des Rumpfes bei Höllensteinanwendung in 5 (100 %), bei Applikation von Kompressen in 2 Fällen (50 %).

Die Eiweifsausscheidung dauerte:

	unter Behandlung mit	
	Höllenstein	Kompressen
1 Tag	7	3
2 „	2	6
3 „	4	2
4 „	1	2
5 „	1	2
6 „	1	1
7 „	—	1
8 „	—	1
14 „	1	—
	17	18

Bei 17 mit Höllenstein behandelten Kranken dauerte die Albuminurie 52 Tage, im Mittel 3 Tage pro Kopf.

Bei 18 mit Kompressen behandelten Patienten trat innerhalb von 60 Tagen Eiweifs im Urin auf, also im Mittel 3,3 Tage pro Kopf.

In jenen Fällen, wo die Albuminurie einige Tage dauerte, trat nicht jeden Tag Eiweifs auf, sondern mit Unterbrechungen, z. B. am 5., 6., 7., 9. und 11. Tage der Erkrankung. Die Intervalle dehnten sich bisweilen über mehrere Tage aus, es kam also z. B. im einem Falle nur am 2., 4., 9., 12., 13. und 17. Tage zur Eiweifsausscheidung.

Derartige Intervalle haben wir in 9 Fällen beobachtet.

Die Albuminurie erreicht durchaus nicht immer mit Abfall des Fiebers und Stillstand des Prozesses ihr Ende.

Unter 35 Fällen erfolgte die Albuminurie in 15 Fällen bei einer Temperatur von 37,4° und 36,3°. In 5 Fällen erschien das Eiweifs erst nachdem die Temperatur von 40° zur Norm herabgefallen war.

Auf Grund von in den letzten 2 Jahren in meiner Klinik gemachten Beobachtungen, welche eine genauere Analyse des Harns auch in der fieberfreien Periode der Krankheit zur Aufgabe machten, mufs ich annehmen, dafs der erysipelatöse Prozefs nur in äufserst seltenen Fällen und ganz ausnahmsweise von keiner Albuminurie begleitet wird.

Vor einigen Jahren (1879) beobachteten wir bei einem sehr dekrepiden syphilitischen Patienten unsrer Klinik, der an einem Erysipel des linken Unterschenkels litt, eine enorme Nierenblutung. Der Kranke starb und bei der Autopsie fand man aufser einer parenchymatösen Nephritis nichts, was den exitus letalis hätte erklären können.

In 7 Fällen beobachteten wir Delirien und Bewufstlosigkeit (11,5 %); der eine wurde mit Höllenstein, die 6 andern mit Kompressen behandelt.

Unter Höllensteinbehandlung dauerten die Gehirnerscheinungen 1 Tag; bei Kompressentherapie in 2 Fällen 1 Tag, in 2 Fällen 3 Tage, in 1 Fall 4 Tage und in 1 Fall 5 Tage. Unter 7 Fällen verliefen 5 gleichzeitig mit Albuminurie, die 2 andern mit Eiweifs im Harn und einem entzündlichen Prozefs in den Lungen. In 2 Fällen schliefslich kam es zu Gehirnerscheinungen neben einem Lungenprozefs, jedoch ohne Albuminurie.

Abgesehen von Bronchialkatarrhen, welche mehr oder weniger ausgeprägt in den meisten Fällen vorkommen, beobachteten wir in 7 Fällen einen entzündlichen Prozefs der Lungen bei 2 mit Höllenstein behandelten und bei 5 mit Kompressen behandelten Kranken. In 6 Fällen trat Subkrepitation und Krepitation in den unteren Lungenteilen auf; in 1 Fall (bei Höllensteinbehandlung) in beiden Spitzen und Bronchialatmen unter der rechten Scapula;

in 1 Fall (Kompressen) trat in dem unteren rechten Lungenlappen hinten Bronchialatmen auf.

Schliefslich kam es in 2 mit Höllenstein behandelten Fällen zu subkutanen Abscessen; unter Kompressenbehandlung in 1 Fall zu subkutanem Abscefs und in 1 Fall zu Blasenbildung.

Von allen Kranken starben 2 (3,3 %), einer unter Höllensteinbehandlung, der andre unter Kompressenbehandlung.

Der erstere war ein Bauer von 23 Jahren, er trat am 1. Tage seiner Erkrankung mit heftigen Symptomen einer chronischen Lungenentzündung in die Klinik. Das Erysipel nahm von den Lidern seinen Anfang und hatte nach einer Woche die behaarte Kopfhaut, den Hals, den gröfsten Teil des Rückens, die Brust und den Bauch ergriffen.

Patient starb am 11. Krankheitstage bei einer Körpertemperatur von 38,0 °. Eiweifs war nur ein einziges mal — am 5. Krankheitstage — beobachtet worden; im Sputum fanden sich Kochsche Bacillen.

Der zweite, mit Kompressen behandelte, war ein Junker von 18 Jahren, von sehr kräftigem Körperbau; er trat am 2. Tage der Erkrankung mit einem Erysipel beider Wangen, der Nase, der Oberlippe, der Lider und des unteren Teils der Stirn, ein. Im Laufe der Woche hatte der Prozefs die Unterlippe, das Kinn, die Ohren, den übrigen Teil der Stirn und die behaarte Kopfhaut ergriffen. Unter dem rechten Auge hatte sich ein Abscefs gebildet, die Schleimhaut der Unterlippe war gangränös geworden. Der ganze Prozefs verlief unter enormer Albuminurie (der Niederschlag nahm die Hälfte des Volumens ein), die mit Unterbrechungen 8 Tage andauerte; 4 Tage währten Delirien und ein bewufstloser Zustand. Patient starb am 13. Tage bei einer Körpertemperatur von 37,4 °. Die Autopsie ergab akute parenchymatöse Nephritis.

In 40 Fällen nahm das Erysipel seinen Anfang von der Nase; in eben diesen Fällen war die Schleimhaut der Nasenhöhle entzündet, oft mit sehr tiefen Exkoriationen, die Borken trugen, bedeckt. In 8 Fällen traten die Kranken zu einer Zeit in die Klinik, wenn schon das ganze Gesicht oder doch wenigstens ein grofser Teil desselben von dem erysipelatösen Prozefs

ergriffen war. Es war schwer von den Kranken zu eruieren, wo der Prozefs seinen Anfang genommen. In anbetracht dessen jedoch, dafs auch in diesen Fällen die Nasenschleimhaut mehr oder weniger entzündet war, kann man mit grofser Wahrscheinlichkeit annehmen, dafs auch hier die Nase das ursprüngliche gewesen sei.

In zwei Fällen begann das Erysipel von der Wange, in 2 vom oberen Augenlid, in 2 Fällen von der Ohrmuschel, in 1 von der Regio Zygomatica, in 1 von der Scheitelgegend, in 1 von der Oberlippe, in 1 von der hinteren Halsfläche, in 2 von den Extremitäten. Von all diesen letzten 12 Fällen bedingte nur 1 Fall ein Geschwür, welches nach einem Halsfurunkel nachgeblieben war, das Erysipel; in den übrigen 11 Fällen gelang es nicht, Verletzungen der Haut nachzuweisen. —

(Fortsetzung folgt.)

Salz in der Hygieine der Haut und der Therapie der Hautkrankheiten.

Vortrag vor der American Dermatological Association am 1. Septbr. 1887

von

HENRY G. PIFFARD, M. D.
in New York.

Die folgenden Erörterungen basieren auf den Erfahrungen, die ich während eines Aufenthaltes von 12 Sommern an der Seeküste und von kürzlich 2 Monaten in den Salzwerken der westlichen Teile des Staates New York gewonnen habe. Während dieser Zeit habe ich die Wirkungen des Salzwassers auf die normale und kranke Haut sorgfältig studiert. Bevor ich auf dieselben näher eingehe, wird es zweckmäfsig sein, die Zusammensetzung des Seewassers und der natürlichen Solen des Binnenlandes zu erwägen.

Seewasser zeigt hinsichtlich seiner Konzentration und Zusammensetzung nur geringe Differenzen an verschiedenen Punkten

der Erde und enthält im Durchschnitt 2½% Salz; viele Salzseen des Binnenlandes enthalten etwa 25%, in keinem der zur Salzgewinnung ausgebeuteten finden sich weniger als 15%. Salz wird durch Verdunstung von Seewasser an der Sonne erhalten und in grofsen Quantitäten auf den Turks-Islands des westindischen Archipels, sowie an verschiedenen Küstenorten des Mittelmeeres produziert. Das so gewonnene und in den Handel gebrachte Salz zeigt grofse, harte, durch unreine Beimengungen mehr oder weniger gefärbte Kristalle von gewöhnlich 95% Chlornatriumgehalt von wechselnden, doch geringen Mengen von Chlormagnesium, Magnesium-, Natron-, Calciumsulfat etc.; auch enthält es nach allgemeiner Annahme Jod und Brom oder ihre Salze, doch ist dies wahrscheinlich ein Irrtum. Seewasser enthält zweifelsohne etwas Jod, doch konnte seine Anwesenheit im Seesalze des Handels durch Analyse nicht nachgewiesen werden.

Seewasser und Seesalz enthalten indes einen eigentümlichen Bestandteil, dem nur wenig Beachtung bis jetzt geschenkt wurde; ich denke an einen gewissen schleimigen Stoff organischen Ursprungs, bezüglich dessen Oré[1] sagt: „Wir finden in allen Meeren eine chemisch noch nicht näher analysierte Substanz, deren Wichtigkeit nicht übersehen werden sollte; diese Substanz, der organische Bestandteil des Seewassers (mucosité de la mer of Boy de Saint Vincent) gehört zu der Gruppe organischer Stoffe und ist den koagulierbaren Substanzen lebender Wesen analog, wird aber wie das Kasein durch Hitze nicht zum Koagulieren gebracht. Dieser Stoff findet sich hauptsächlich nach Rocca in jenen Teilen des Meeres, welche reichlich animales und vegetabilisches Leben enthalten, weniger an öden Küsten. Die Frage, ob er ein Absonderungsprodukt einer Alge, die viel schleimige Stoffe enthält, oder ein Zersetzungsprodukt abgestorbener Tiere und Pflanzen ist, läfst sich zur Zeit nicht beantworten."

Die Wirkungen der Seebäder sind verschieden je nach den Umständen, unter welchen dieselben genommen werden. Ein Eintauchen in die See bei einer Temperatur von 65° bis 70° F. (15° bis 17° R.) verursacht in der Regel sofort einen kurz anhaltenden

[1] *Nouveau dictionnaire de médecine et chimie.* Livr. XX.

Frostschauer; das Schwimmen ruft bald eine Reaktion hervor, so dafs der Frost nicht länger empfunden wird. Wird das Bad 20 bis 30 Minuten fortgesetzt, so tritt ein zweiter Frostschauer ein, dessen Ursache die allmähliche Wärmeentziehung des Körpers bildet. Dieser Frost hält an und steigert sich so lange, als das Individuum im Wasser verbleibt. Beim Verlassen des Bades hat der Badende gewöhnlich ein klebriges Gefühl auf der Haut, das durch den bereits erwähnten Seeschleim bedingt wird; dasselbe ist vielen so unangenehm, dafs sie sich vor dem Ankleiden mit Schwamm und frischem Wasser waschen.

Die allgemeinen Wirkungen eines derartigen Bades hängen ab von der Stärke des Individuums, der Temperatur des Wassers und der Dauer des Bades etc. Leute von robuster Gesundheit, die vorsichtig genug sind, das Bad vor Eintritt des zweiten Frostes zu verlassen und sich schnell anzukleiden, werden eine wohlthuende Erfrischung empfinden, für eine irgendwie geschwächte Konstitution aber wird ein in gewöhnlicher Weise genommenes Seebad eher Schaden als Nutzen bringen, hauptsächlich infolge von Wärmeentziehung durch das Wasser, dessen Temperatur in der Regel um 20—30° F. (9—11° R.) niedriger als die Körperwärme ist. Die Lokalwirkungen auf die Haut fallen gröfstenteils mit den Allgemeinwirkungen zusammen. Bei einer kräftigen Person wird ein indolentes Ekzem oder eine Psoriasis gewöhnlich entschiedene Zeichen von regerer Thätigkeit in günstigem Sinne entfalten, vorausgesetzt, dafs das Wasser warm (für Seewasser) war und dem Bade von kurzer Dauer eine kräftige Abreibung mit dem Tuche und rasches Ankleiden folgt. Ist aber der Patient schwach und wird das Bad zu lange ausgedehnt, dann äufsert sich eine ungünstige Wirkung nicht nur auf den Allgemeinzustand, sondern auch auf die Lokalaffektionen, und die Wiederherstellung der Gesundheit wird verzögert.

Diejenigen Hauterkrankungen, welche nach meinen Erfahrungen durch den systematischen Gebrauch von Seebädern sehr günstig beeinflufst werden, wenn er vorsichtig und verständig geleitet wird, sind das chronische Ekzem, die indolente Psoriasis, die Sommerausschläge, wie prickly heat, Furunkulosis und pruriginöse Affektionen im allgemeinen. Nach fast universeller Erfahrung

bringen Seebäder bei skrofulösen Erkrankungen Nutzen, wir können daher annehmen, dafs auch die skrofulösen Hautaffektionen auf dieses Mittel günstig reagieren; die Scrofulides bénignes of Bazin thun es sicherlich, aber bei den Scrofulides malignes vollziehen sich die natürlichen Veränderungen so langsam, dafs die Wirkungen einer gewöhnlichen Kur von Seebädern nur schwer wahrzunehmen sind. In manchen Fällen von Lupus, bei denen eine Disposition zur Lungentuberkulose vorhanden ist, müssen sich die Patienten hüten, sich nicht zu sehr der feuchten Luft und den rauhen Seewinden auszusetzen.

Weifses hierbei verwendetes Salz wird im allgemeinen von den natürlichen Solquellen des Binnenlandes gewonnen und sollte aus groben, leicht löslichen Körnern bestehen; es unterscheidet sich vom Seesalz durch eine gröfsere Reinheit und seinen fast konstanten Gehalt von 97—98% Chlornatrium; es ist reiner, gibt eine reine Lösung und ist frei von jenem unangenehmen Bodensatz, wie er sich bei Anwendung von Seewasser findet; ferner löst es sich in ein drittel der Zeit, die zur Auflösung des Seesalzes nötig ist, und kostet dreimal weniger als dieses. Diese Eigenschaften machen es brauchbarer als Seesalz, aber das Vorurteil des Publikums ist dem letzteren günstiger, weil man irrtümlicher Weise glaubt, dafs jenes Jod und Brom enthält. Es sind mir Fabrikanten bekannt, welche weifses Salz künstlich mit Tannenrinde färben, ja sogar es mit einer kleinen Quantität Erde vermischen, um es dem in Wirklichkeit weniger begehrenswerten Artikel ähnlich zu machen.

In den Monaten April, Mai und Juni dieses Jahres habe ich die schwache 5%ige Sole zu gewöhnlichen Bädern verwendet ohne Gebrauch von Seife, und sie als ein ganz gleichwertiges, wenn nicht wertvolleres Mittel hinsichtlich der Reinigung der Haut befunden, als gewöhnliche Seifenbäder. Sie entfernte die Gerüche des Körpers, sowie die Schlacken von der Haut ebenso prompt und noch gründlicher als Seife. Ferner blieb die Haut Achselhöhlen und andre behaarte Teile frisch und rein, auch frei von Geruch für längere Zeit, als dies selbst nach dem gründlichsten Gebrauche der Seife der Fall war.

Der reinigende und desodorisierende Effekt des Salzes in 5%iger Lösung war mir vollkommen neu und erscheint als eine

aufserordentlich wertvolle Eigenschaft. Ein andres Moment, das zu gunsten der 5% Sole spricht, liegt in dem Umstande, dafs die Haut dadurch eine Weichheit und Geschmeidigkeit bekommt, wie ich sie nie bei andern Bädern, weder türkischen, russischen noch römischen, beobachtet habe. Soda ist in dieser Hinsicht von ähnlicher Wirkung, doch neigt sie dazu, die Haut hart und spröde zu machen. Als Luxusbad betrachtet, ist das Solbad meinem Geschmack nach den oben erwähnten Bädern umsomehr vorzuziehen, als es noch den Vorteil hat, zu hause herstellbar zu sein.

Ich habe auch mit 10%, 20% und 25% Salzbädern experimentiert. Hinsichtlich der 10%igen schienen mir die Unterschiede von 5%igen nicht genügend hervorzutreten, um von ihrer gröfseren Stärke Gebrauch zu machen. Im Juli und August d. J. nahm ich 20 Bäder, deren Stärke der Salometer bei 80° bis 100° auf 20% bis 25% anzeigte. Die Badewanne war von besonders weitem Umfange und fafste etwa 100 Gallonen; sie wurde mit konzentrierter Sole aus den grofsen Wasserbehältern gefüllt, die ihrerseits wieder mit den Salzmanufakturen im westlichen Staate in Verbindung standen. Es befand sich aufserdem eine Röhrenleitung hier, die heifses Süfswasser zuführte. Auf diese Weise war es leicht, sich jede gewünschte Temperatur oder Stärke der Lösung zu verschaffen. Die allgemein gebräuchliche Konzentration betrug 20%. Beim Hineinsteigen in ein solches Bad ist man überrascht, wie aufserordentlich schwer es ist, den Boden der Badewanne zu erreichen, so grofs ist die Tragfähigkeit des Wassers. Bei vollkommen ausgestrecktem und ruhendem Körper ist es in der That unmöglich, und sicher ein fünftel des Körpers bleibt über der Oberfläche des Wassers. Im Bad hat man ein weiches und angenehmes Gefühl vom Wasser, und reizt es nur in geringem Grade die Schleimhäute. Eine besondere Eigentümlichkeit des konzentrierten Solbades besteht darin, dafs es nur mit Schwierigkeit die Haut benetzt. Beim Verlassen des Bades rinnt das Wasser beinahe wie vom Rücken einer Ente herab, und bleiben nur wenige Tropfen auf der Haut haften. Streicht man mit der Hand über die Oberfläche, so entfernt man auch jene, hat gar kein Tuch nötig zum Abtrocknen und kann sich sofort ankleiden.

Für die Behandlung der Hautaffektionen habe ich schwache Solbäder von wesentlichem Vorteil gefunden, und zwar in nicht wenig Fällen. (Akute nässende Ekzeme eignen sich nicht.) Es ist bekannt, dafs Süfswasserbäder mit oder ohne Seife gewöhnlich die lokalen Erscheinungen bei akuten nässenden Ekzemen verschlimmern, weil eine Resorption von Wasser durch die freiliegende Stachelschicht erfolgt; bei einem Zusatz von 1/4 bis 1/2 kg Salz zu 25 Gallonen Wasser aber werden diese ungünstigen Effekte gröfstenteils verhütet, und der Patient wird finden, dafs seine Haut nach dem Bade besser sich befindet, und völlige Reinheit kann so ohne die gewöhnlichen Unzuträglichkeiten erzielt werden.

Bei subakuten Ekzemen, Psoriasis, Furunkulosis, bei reizbaren Sommerausschlägen papulösen oder pustulösen Charakters, Intertrigo, Urticaria, bei verschiedenen Formen der Skrofulose und bei pustulösen resp. ulcerierenden Syphiliden sind 5%ige Solbäder (5 kg Salz auf 25 Gallonen Wasser) zu empfehlen und erweisen sich nicht nur als grofses Linderungsmittel, sondern als ein unbestreitbares therapeutisches Agens von grofsem Nutzen.

Bei Verordnung dieser Bäder gebe ich gewöhnlich die Weisung, das Wasser so warm als erträglich zu machen und das Bad selbst nur 15 bis 20 Minuten zu nehmen. Kalte Solbäder und Schwimmbäder habe ich zu wenig versucht, um irgend welche Schlufsfolgerungen daraus ziehen zu können.

Wenn ich Ihre Aufmerksamkeit bisher hauptsächlich auf die lokalen Wirkungen der Solbäder gelenkt habe, so darf doch ihr Einfluſs auf das Allgemeinbefinden nicht übersehen werden. In den meisten Fällen hatte ein Cyklus von 20 bis 30 Solbädern (täglich 1 oder 3 per Woche) eine deutliche Besserung zur Folge, wenn vorher eine merkliche Schwächung des allgemeinen Gesundheitszustandes vorhanden war. Anderseits habe ich niemals irgend welchen ungünstigen Effekt von ihrer Anwendung beobachtet.

Zur Erzielung eines guten Erfolges von Seebädern ist es wesentlich, dafs das Wasser verhältnismäfsig warm und die umgebende Luft sehr mild ist; die Dauer eines Bades soll kurz sein und nie bis zum zweiten Frost verlängert werden, auch mufs nach dem Baden ein Abreiben erfolgen, und hat man sich rasch anzukleiden.

Leider können Seebäder, wenigstens unter unserm Breitengrade, nur für wenige Wochen im Juli und August gebraucht werden, sollten daher bei chronischen Affektionen durch Salzwasserbäder zu hause ersetzt werden; es ist dies von der gröfsten Wichtigkeit, wenn ein guter Erfolg erzielt werden soll; günstige Wirkungen von Salzwasserbädern aber machen sich fast nur dann geltend, wenn dieselben mehrere Monate hindurch fortgesetzt werden. Ein Bad von 5 Pfd. Salz auf 25 Gallonen Wasser (ca. 2,5 kg : 100 l) wird etwa der Stärke eines Seebades entsprechen.

Bäder mit Seesalz habe ich nur in beschränktem Mafse angewendet, da das Salz hart, schwer löslich, mehr oder weniger unrein und sehr teuer ist; aufserdem erzeugen dieselben das gleiche unangenehme, kleberige Gefühl auf der Haut, wie das Seewasser selbst.

Indem ich von den Seebädern und Seesalzbädern zu den natürlichen und künstlichen, aus weifsem Salz bereiteten, Solbädern übergehe, komme ich zu dem Gegenstande, welcher mich in den letzten 3 Jahren lebhaft interessiert hat. Während dieser Zeit habe ich persönlich und bei Patienten Bäder mit $^1/_2$ % bis 25% Salz in Anwendung gezogen. Die gewöhnliche Badewanne fafst, wenn sie bis zu der gebräuchlichen Grenze gefüllt wird, etwa 25 Gallonen (100 l) Wasser; füge ich $^1/_2$ kg Salz hinzu, so erhalte ich den ersten, mit 2,5 kg den zweiten Prozentsatz. Im ersten Falle ist es kaum möglich, durch das Gefühl irgend einen Unterschied zwischen diesem $^1/_2$ %igen Salzbade und einem gewöhnlichen Süfswasserbade zu erkennen, soweit sich ihre Wirkungen auf die normale Haut beziehen; nehme ich aber die fünffache Quantität Salz und somit die Konzentration des Seewassers, so wird man sicher die verschiedene Empfindung bemerken, welche das Wasser auf der Haut erzeugt. Dasselbe scheint nun eine eigentümliche Weichheit und Geschmeidigkeit der Haut hervorzurufen und dieselbe leichter zu benetzen als gewöhnliches Wasser, man hat ein ähnliches Gefühl wie in einem Bade, in welchem eine kleine Quantität von Soda aufgelöst worden ist. Beim Verlassen des Bades hat man eine Empfindung von aufserordentlicher Reinheit ohne irgend welche Trockenheit und Sprödigkeit der Haut,

wie nach dem Gebrauche von Soda und stark alkalischen Seifen. Verstärkt man den Salzgehalt desselben Quantums Wasser bis auf 5 kg, so werden diese Empfindungen so intensiv, dafs die Haut eine ganz aufsergewöhnliche Weichheit und Zartheit annimmt. Diese Wirkungen sind selbstverständlich nur zu erwarten, wenn die Temperatur des Bades hoch ist, d. h. von 95 bis 97° F. (25 bis 30° R.), das Bad selbst 15—20 Minuten dauert und eine mäfsige Abreibung mit einem rauhen, leinenen Tuch oder einer weichen Bürste vorgenommen wird.

(Übersetzt von Dr. LIER in Hamburg, Bad Kreuznach.)

Referate.

TOMMASOLI, P. **Beitrag zur Anatomie und Pathologie der Oberhaut, nebst Studien über gewisse Oberhautverdickungen.** Bologna 1884.

Diese Monographie ist zu breit angelegt, um ein ausführliches Referat zu gestatten. Wir teilen daher nur einige der Hauptsätze mit, welche für den deutschen Leser Interesse haben dürften.

T. kann die fädige Struktur der Stachelzellen, wie sie RANVIER beschreibt, nicht bestätigen. In bezug auf die Ränder der Epithelien und ihre Verbindung schliefst er sich UNNA an. Die Reproduktion durch Karyokinese besteht zweifellos; sie scheint aber T. nicht die einzige Art der Epithelvermehrung zu sein, da er bei Schwielen niemals direkte oder indirekte Teilung der Epithelien wahrnahm, wohl aber hier den allmählichen Übergang weifser Blutkörperchen in Epithelien mit Sicherheit nachweisen zu können glaubt. Das Vorkommen karyokinetischer Figuren scheint T. unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen stets an einen saftigen Zustand der Gewebe und an einen bestimmten Grad von Hyperämie gebunden. Obwohl Anhänger der Lehre von der typischen Verschiedenheit der verschiedenen Keimblätter, vindiziert T. in dieser Hinsicht den weifsen Blutkörperchen eine Ausnahmestellung. RANVIER gegenüber betont T., dafs das Keratohyalin keine Sekretion der Epithelzellen sein könne, da es nur bei regressiv modifizierten Epithelien vorkommt; es ist also nur ein Exkret bereits verhornender Zellen und nur ein Symptom der Verhornung, nicht eine notwendige Vorbedingung derselben, worin er sich UNNA vollkommen anschliefst. Die Kerne reduzieren sich erst oberhalb des stratum lucidum in den unteren Hornschichten auf helle Körnchen, welche die völlig verhornten Epithelien verlassen sollen.

Das Tyloma entsteht durch äufseren Druck oder eine andre Ursache, welche die Ernährung der Stachelschicht herabsetzt, wodurch eine raschere Verhornung und verminderte Abstofsung derselben erzeugt wird. Die hier-

durch entstandene Callositas drückt wie ein Fremdkörper auf die unterliegenden Teile und führt durch Hyperämie zu einer sekundären Proliferation der Epithelien. Die zum Clavus vergrößerte Callositas bringt die unterliegenden Papillen zur Atrophie, während die seitlich davon befindlichen hypertrophieren. Mit einem Exkurs über das Mal perforant und der Beschreibung einer mit Tylomen behafteten Familie schließt die Arbeit.

Hamburg. FINK.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Zur operativen Behandlung der Elephantiasis, von Prof. Dr. HELFERICH. (*D. M. Wochenschr.* Nr. 2. 1888.) Die Behandlung der reinen Fälle von Elephantiasis der Extremitäten mittels elastischer Kompression, Massage und hoher Lage führt in den leichtesten Fällen meistenteils zu einer völligen Restitution; in den etwas schwereren Fällen erscheint die Haut, selbst wenn die Schwellung zurückgegangen ist, viel zu groß, viel zu weit für die Extremität; sie hat zum Teil ihre Elastizität verloren. Auch wenn man solche schwere Fälle lange Zeit fort massiert und mit elastischer Kompression behandelt, so ändert sich dieses Verhalten nicht wesentlich; die Haut bleibt schlaff und unelastisch, zu weit für das betreffende Glied, nicht geeignet, den notwendigen elastischen Druck auf das darunterliegende Gewebe auszuüben und nicht imstande, die reichliche Wiederansammlung seröser Flüssigkeit in den erweiterten Räumen des schwerveränderten, fettarmen, subkutanen Bindegewebes durch Gegendruck zu verhindern. Der pathologische Zustand der Haut scheint die erste Ursache der Elephantiasis zu sein, mag dieser Zustand nun angeboren oder z. B. durch häufiges Befallensein von Erysipel erworben sein. Deshalb dürfte die rationellste Therapie die Exzision großer Hautstücke von solcher Länge und Breite sein, wie es der Größe der Hautfalten, die bequem erhoben werden können, entspricht. Die Haut soll nach der Operation nicht gerade gespannt sein, aber doch der Unterlage allseitig dicht anliegen. Hierdurch wird selbstverständlich keine Radikalheilung zustande gebracht, denn die zurückbleibende Hautdecke und andre Faktoren würden eine Wiederkehr des Übels, ein Recidiv zulassen. Aber es werden doch durch diese Operation Verhältnisse geschaffen, welche von dem Patienten selbst mittels Bindeneinwickelung etc. unschwer erhalten werden können, so daß die Besserung Bestand hat. H. nimmt die Operation in ESMARCHscher Blutleere vor und empfiehlt, die sichtbaren Gefäße, auch die zahlreichen Venen zu unterbinden, die Wunde durch die Naht zu schließen und den Verband anzulegen vor Abnahme der elastischen Binde. Das subkutane Bindegewebe zeigt sich bei der Operation außerordentlich verdickt, schwielig entartet;

das Messer knirscht bei dem Durchschneiden und ist in der kürzesten Zeit stumpf. H. rät, dieses veränderte Zellgewebe in der ganzen Breite des Defektes bis auf die Fascie heraus zu präparieren. Der Unterschenkel eignet sich am besten dazu und hat H. den Defekt so angelegt, dafs die Narbe oben vor das Capitulum fibulae und unten bogenförmig hinter den äufseren Knöchel fiel. Am Fufse hat er den Defekt auf die äufsere Hälfte des Fufsrückens verlegt, so dafs das obere Ende der Narbe etwas vor den äufseren Knöchel zu liegen kam. Um Recidive zu verhüten, mufs das Bein tüchtig aktiv benutzt werden, nachdem es mit einer Flanellbinde regelrecht eingewickelt ist. Zur Kräftigung der Muskulatur wird der Induktionsstrom und Massage verwendet, doch darf die Massage nur durch Klopfen (Tapottement, nicht mittels Streichens ausgeführt werden.

Über den inneren Gebrauch des Ichthyols, von Geh.-Rat v. Nussbaum (*Therap. Monatsh.* No. 1. 1888.) Aufser den bereits bekannten Erfolgen des Ichthyols bei Hautkrankheiten und bei gichtisch-rheumatischen Leiden hat N. wiederholt die Erfahrung gemacht, dafs die heftigsten gichtischen Schmerzen, welche bereits 3—4 Stunden ununterbrochen dauerten, oft schon während des Aufpinselns der Ichthyolsalbe ganz verschwanden und wochenlang nicht mehr kamen. Eine zweite wenig bekannte Wirkung ist das rasche Heilen jedes sogenannten Verband-Ekzems auf Ichthyolanwendung, und die dritte, ebenfalls überraschende Wirkung erlebte N. bei einem Tumor albus genu. Was den innern Ichthyolgebrauch anbetrifft, so wendet er die Pillen der Ichthyolgesellschaft an, welche jeden häfslichen Geruch und Geschmack verdecken. Im Anfange klagen einige Kranke wohl ein paar Stunden nach dem Einnehmen über Aufstofsen des unangenehmen Ichthyolgeruches, aber es verliert sich bald; nur ganz wenige mit recht empfindlichem Magen bekommen ernstere Druckgefühle und können die innere Kur nicht fortsetzen. Empfohlen ist es innerlich nicht allein bei rheumatisch-gichtischen Leiden, sondern auch bei den verschiedenen Formen von Lupus und Lepra, von Ekzemen und Herpes. Alle Kapillarerweiterungen, die roten Nasen, wie der chronisch gerötete Rachen, die Hyperämien im Larynx und Pharynx, sogar das mit Ekzemen einhergehende Asthma, Verdauungsstörungen, Beckenneuralgien und Ischias wurden mit bestem Erfolge damit behandelt. Alle die Krankheiten und Leiden, bei welchen das Ichthyol sich nützlich zeigt, gehen mit einer Hyperämie und einer Erweiterung der Kapillaren einher, und alle Erfahrungen N.s gipfeln in der Beobachtung, dafs sowohl lokal, an Ort und Stelle, wo das Ichthyol die erweiterten Kapillaren berührt, dadurch eine Verringerung derselbeu erzeugt wird, als auch nur jene asthmatischen Übel, nur jene Verdauungsstörung, nur jene Neuralgien und Ischias günstig davon beeinflufst werden, welche mehr oder weniger mit Zirkulationsanomalien, mit Gefäfserweiterungen verbunden sind.

Beitrag zur Lehre vom Fibroma molluscum, von Dr. A. Philippson. (*Virchows Archiv.* Bd. 110.) Bei einer 30jährigen kleinen, untersetzten

Dienstmagd waren seit einer Reihe von 10 Jahren, angeblich bestimmt nicht angeborene, rundliche, langsam wachsende Knotengewächse zur Entwickelung gekommen. Weder Eltern noch Geschwister sollen an ähnlichen oder andern Abnormitäten in der Haut leiden. Die Patientin selbst ist in übriger Beziehung stets gesund und arbeitsfähig gewesen. Nur über Jucken in der Haut klagt sie. Hierfür findet sich die klinische Grundlage in Gestalt kleiner, dellenbesetzter, blaurötlich-glatterhabener, schüppchentragender Hochplateaus; Patientin leidet an mäfsigem Lichen ruber. Die übrige Haut, namentlich des Rumpfes, ist stark pigmentiert, die ganze Hautfarbe von gelblichem Grau; hunderte von dunkeln Flecken und viele kleine Wärzchen heben sich zwischen den Tumoren ab. Auf eine Arsenkur ging der Lichen ruber ganz zurück, auf Pigmentflecke und Mollusken hatte dies Verfahren nicht den geringsten Einfluſs. Der zu untersuchende Tumor stammt vom rechten Oberschenkel nahe dem Trochanter major, hängt ein wenig herab, ist kugelig, von circa 6½ cm Radius, und sitzt breitbasig auf. Die Oberfläche ist gerinnselt, der Durchschnitt bietet keine nennenswerten Differenzierungen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt durch die Art der Einschlüsse im Tumorgewebe, sowie durch die gegenseitige Lage der verschiedenen Straten, daſs die Ursprungsstätte der Bindegewebsneubildung im untern Teil der Cutis gelegen ist. Der Fall bestätigte ferner die Angabe Verneuils, daſs Muskeln den Mittelpunkt für die Fibrommassen abgeben können. Er zeigte, daſs trotz der Gröſse des Tumors der Zellreichtum, die Lymph- und Blutgefäſsmenge bedeutend war, daſs endlich ein wahres Schweiſsdrüsenadenom in der Tumormasse vorkommen kann.

Der zweite Fall eignete sich besser zur Untersuchung auf Nervenfasern, da die frisch gewonnenen Präparate sogleich in Behandlung genommen werden konnten. Der 51jährige Patient ist mit Knötchen an der Schulter, dem Rücken und der linken Hohlhand geboren. In den Pubertätsjahren entwickelten sich neue Tumoren auf der Brust, dem Gesicht und den Extremitäten; damit einher ging eine bedeutende Vergröſserung der alten. Am stärksten soll das Wachstum zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr gewesen sein. Schmerzen haben ihm die Tumoren nie bereitet. Der Status praesens ergibt über den ganzen Körper verbreitet zirkumskripte, kleine, hellgelbe Pigmentflecke (Epheliden), hin und wieder auch handtellergroſse, dunkelbraune Stellen. Das auffälligste sind die auſserordentlich zahlreichen Tumoren, welche über den ganzen Körper zerstreut liegen; die Gröſse ist verschieden, sie schwankt zwischen der eines Hanfkorns und einer Wallnuſs. Einzelne zeigen an der Oberfläche Rinnen, welche ihre Entstehung aus mehreren Knoten andeuten; dagegen ist die Oberfläche der übrigen Tumoren meist glatt. Eine bestimmte Anordnung der Tumoren, etwa dem Nervenverlauf nach, ist nicht erkennbar; nirgends entsteht Schmerzhaftigkeit auf Druck. Die Sensibilität ist überall vollkommen erhalten; auch von der Haut über den Tumoren perzipiert Pat. gut. Sonst findet sich auſser ausgesprochenen Syptomen der Tabes weiter nichts Bemerkenswertes. Die

mikroskopische Untersuchung einzelner exstirpierter Tumoren ergab, dafs dieser Fall von Fibroma molluscum jener Kategorie der Lahmannschen Fälle anzureihen ist, welche den Ausgangspunkt von den Blutgefäfsen genommen haben. Immerhin mufs hervorgehoben werden, dafs die Zellzüge nicht in normales Cutisgewebe eingedrungan sind, sondern in ein Gewebe, das stark von Flüssigkeiten durchdrängt war. Das Weigertsche Verfahren hat hierbei ergeben, dafs im Tumorgewebe keine markhaltigen Nerven vorhanden sind; dafs sich aber auch keine Andeutung von markfreien Strängen fand, davon konnte man sich zur Genüge an Karminpräparaten überzeugen.

Berlin. L. Hoffmann.

Über Myxoedema, von Prof. Dr. W. Erb, Heidelberg. (S.-A. *Berlin. klin. Wochenschr.* No. 3. 1887.) Mitteilung zweier Krankengeschichten.

Über Myxödem, von Rud. Virchow. Vortrag, geh. i. d. Sitzung d. Berlin.-klin. Gesellschaft. 2. Febr. 1887. (S.-A. *Berl.-klin. Wochenschr.* No. 8. 1887.) Der Vortrag enthält kritisch referierend alles, was anatomisch und experimentell über Myxödem gearbeitet ist; besonders berücksichtigt V. die Horsleyschen Beobachtungen. — Die Untersuchung der erkrankten Hautpartien ergab V., dafs es sich „nicht um Metaplasie des Schleimgewebes handelt. Das Fett wird zwar allmählich atrophisch, aber die Erscheinung ist nicht die, welche wir bei Umwandlung in Schleimgewebe finden. Dagegen ergab sich, dafs in den kutanen und oberflächlichen subkutanen Abschnitten eine entschiedene Wucherung des Bindegewebes eingetreten war. Es fanden sich reichliche Kern- und Zellteilungen so stark, dafs in manchen Fällen dadurch grofse Anhäufungen von rein zelliger Natur, fast Granulationsgewebe, hervorgebracht wurden. Damit scheidet der Vorgang aus der Reihe der, wenn ich mich so ausdrücken darf, passiven oder rein atrophischen aus; er nimmt vielmehr einen rein irritativen Charakter an, er schliefst sich den aktiven, den mit positiven Neubildungen verbundenen an, ja er nähert sich den entzündlichen Prozessen. Das sonderbare dabei ist, dafs diese Vorgänge an der Oberfläche der Cutis beinahe ganz fehlen, während gerade die tieferen Schichten der Cutis und die oberen Schichten des subkutanen Gewebes daran partizipieren In diesem subkutanen Gewebe sind es nicht die Fettzellen, die in Wucherung geraten, sondern die Züge von interstitiellem Bindegewebe, welche sich durch die Lappen des Fettes hindurchziehen."

Der zweite Teil der Arbeit ist nicht geeignet zum Referat. Er bringt in interessanter Zusammenstellung alles, was über den Zusammenhang von Schilddrüsen-Degeneration und Myxödem, Kropf und Kretinismus, Schilddrüsenexstirpation und Cachexia strumipriva bekannt und zu weiteren Schlüssen anregend ist.

Über Syphilis maligna. (S. A. *Münch. Med. Wochenschr.* No. 43.

1887.) D. C. Kopp, München, gibt eine Monographie der Syphilis maligna in klarer und prägnanter Darstellung, nebst einigen eignen Beobachtungen. Er stellt folgende Hypothese auf: Die Intensität des Verlaufs einer acquirierten Syphilis verhält sich konform der durch Durchseuchung eines oder mehrerer Generationsglieder gewonnenen und vererbten relativen Immunität des Individuums; maligne Syphilis entsteht dann, wenn ein Individuum infiziert wird, dessen Generation bis heute von Syphilis verschont geblieben ist.

Dr. C. Kopp, Dozent in München, und Dr. M. Chotzen, ehem. Assistent an der Poliklinik **Über die subkutane Anwendung des Kalomel bei der Syphilisbehandlung.** (Aus der Königl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten und Syphilis von Prof. Neisser in Breslau.) Der Smirnoffschen Lösung, Kalomel in Glycerin (1,0 : 10), wird 5—10 % NaCl beigesetzt; die letztempfohlene Formel ist:

Calomelan. vap. parat.	5,0
Natr. chlorat.	1,25
Aq. destill.	50,0

4 Injektionen für jeden Kranken im Durchschnitt.

Bei 1523 Injektionen 5% Abscesse; häufiger bei Weibern als bei Männern (72 Abscesse: 11 Männer mit 12 Absc., 43 Weiber mit 60 Absc.). 16 mal wurde Stomatitis beobachtet. Die Angaben über Schmerzhaftigkeit sind ungleich. „Die Kalomelinjektion ist als eine der Schmierkur gleichwertige, jedoch bequemere, zuverlässigere und billigere Kur auf das beste zu empfehlen."

Dr. A. Krecke, Erlangen, Strümpellsche Klinik. **Zur Behandlung der Syphilis mit subkutanen Kalomelinjektionen.** (S. A. *Münch. Med. Wochenschr.* No. 6. 1887.) Strümpell verwendet:

Calomel. vapore parat.	
Natr. chlorat. ää	5,0
Aq. dest.	50,0

Alle 5—6 Tage eine Spritze voll.

„Die therapeutische Wirksamkeit ist eine unzweifelhafte; durch die lokalen Folgeerscheinungen werden sie manchem verleidet." —

Über die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Kalomelinjektionen, von Dr. C. Kopp. Vortrag im ärztlichen Verein in München. (S. A. *Münch. Med. Wochenschr.* No. 6. 1887.) Empfiehlt: Kalomelinjektionen (10 : 100), am ersten Tag 2, nach 14 Tagen wieder in die Glutäalgegend injiziert. Bei 80 Injektionen war noch kein Abscefs beobachtet; sie sollen schmerzlos sein. Kalium jodatum und Kalomel können ohne Nachteil nebeneinander gegeben werden.

Hamburg. von Düring.

Österreich.

Prof. Dr. R. v. Mosetig-Moorhof. **Die Therapie der Verbrennungen.** (S. A. *Wien. Mediz. Presse.* 1887.) Vorliegende Arbeit ist eine sehr beachtenswerte Mitteilung des Verf. über Pathologie und Therapie der Verbrennungen — denn auch erstere berücksichtigt Verf. kurz. — Verf. tritt warm für die Jodoformgazeverbände ein, die besonders direkt analgetisch, worauf er ganz besonders Wert legt, und antiseptisch wirken. Der Verband wird folgendermafsen gemacht: Alle Verbrennungen zweiten und dritten Grades werden direkt mit Jodoformgaze-Kompressen bedeckt (gewonnen durch Imprägnierung mit Jodoformätherlösung, also kein Jodoformpulver von sich lassend). Vorhandene Brandblasen werden abgetragen, etwaige Verunreinigungen durch Betupfen mit ½ % Kochsalzlösung gereinigt. Die mehrfache Lage der Jodoformgaze-Kompressen wird trocken aufgelegt, so dafs sie den verletzten Bezirk glatt und genau decken. Darüber kommt ein gleichgrofses oder etwas kleineres Stück Guttaperchapapier, faltenlos, darüber eine ausgiebige Schicht entfetteter Baumwolle, und dann wird der ganze Verband mit festgeführten Bindentouren befestigt. Dieser Dauerverband kann liegen, bis Temperatursteigerungen zwingen ihn zu entfernen, bis zu 14 Tagen. —

Wir wollen noch zwei Punkte aus dieser, bei aller Kürze sehr inhaltreichen und interessanten Arbeit hervorheben. Erstens dafs Verf. sich gegen die doch kaum durchführbaren „konstanten Bäder" ausspricht; weiter wendet er sich, wie gegen eine Masse der vorgeschlagenem Mittel, gegen das allbeliebte Oleum lini cum aqua calcis, aus dem sehr plausiblen Grunde, weil damit allen antiseptischen Grundsätzen entsagt wird. Weshalb aber die bei Verbrennungen entstehenden septischen Fieber nicht eben so gut durch Antisepsis verhütet werden sollen — dafür gibt es keinen Grund, darin stimmen wir dem Verf. bei.

Über Erysipelas. v. Nussbaum in München hat in fünf Fällen ausgezeichnete Wirkung: Aufhören des Weitergehens und Abschwellung der schon entzündeten Hautfläche durch Aufstreichen von Ichthyolsalbe gesehen. Einen antiseptischen Einfluſs gesteht N. dem Ichthyol nicht zu. — Am Schlusse der Arbeit spricht sich v. N. gegen die Einimpfung der Erysipelkokken auf maligne Tumoren, Lupus etc. aus. (S.-A. *Allg. Wiener med. Ztng.* 1887. No. 1.)

Über postkonzeptionelle Syphilis. — Geht die während der Schwangerschaft acquirierte Syphilis der Mutter auf das Kind über? Prof. Neumann teilt 20 Fälle postkonzeptioneller Infektion mit; es waren fünf Kinder luetisch, fünfzehn Kinder frei. — Verf. teilt noch einen Fall mit, in dem die Mutter ungefähr im achten Monate infiziert wurde, ein vollständig gesundes Kind gebar, und dieses im siebten Monate von

der Mutter infiziert wurde, — also sind derartige Kinder nicht immun gegen Syphilis. —

Sind die tertiären Produkte der Syphilis infektiös oder nicht? (8.-A. *International. klin. Rundschau.* 1887. No. 6, 8, 9, 10, 13, 16, 18, 19, 21.) Dr. M. von Zeissl, Dozent a. d. k. k. Universität in Wien, glaubt die Frage bejahen zu sollen, bringt aber keine entscheidenden Gründe und stellt am Ende seiner Arbeit vier Fragen auf, die die vorliegende Frage entscheiden sollen — entscheidet sich aber selbst nicht!

Dr. Ernest Finger. **Zur Frage über die Natur des weichen Schankers und die Infektiosität tertiärer Syphilisprodukte.** (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1887. No. 9, 10 ff.) Auf Grund einer gröfseren Zahl von Versuchen glaubt Verf. den ersten Teil seines Themas dahin beantworten zu müssen: der weiche Schanker ist das Produkt genügend irritierenden (aber nicht spez. schankrösen) Eiters auf genügend irritable Schleimhautpartien.

Die Gummaimpfungen ergaben immer negative Resultate. Verf. will überhaupt an eine direkte Provenienz des Gumma aus Syphilisinfektion erst dann glauben, wenn der Syphilisbacillus und dessen Anwesenheit im Gumma bewiesen ist. Bis dahin möchte er das tertiäre Stadium eher für spez. Kachexie halten. (Die Ansichten der beiden Verf. Z. u. F. widersprechen sich in ihren Auseinandersetzungen über tertiäre Lues ziemlich diametral.)

Welches sind die anatomischen Veränderungen der luëtischen Haut nach Ablauf der klinischen Erscheinungen? (S. A. *Wien. med. Wochenschr.* No. 26. 1885.) Prof. J. Neumann, Wien, sieht die (unsrer Ansicht nach als Folgen regressiver Metamorphose aufzufassenden) bleibenden Veränderungen der von sekundären Symptomen befallenen Haut als Beweis an, dafs nicht nur von den Drüsen aus, sondern auch von der Haut aus („die syphilitische Exsudate einschliefst"), ein neuer Nachschub von Syphiliserscheinungen im Körper hervorgerufen werden kann.

Hamburg. von Düring.

Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1877. Heft IV. 1. u. 2. Hälfte.

Über einige histologische Veränderungen in der chronisch entzündeten männlichen Urethra, von Dr. F. Neelsen (Dresden). Mit 2 Tafeln. Anlafs zu dieser Arbeit gaben die Oberländerschen Mitteilungen über endoskopische Befunde an der chronisch gonorrhoisch entzündeten männlichen Urethra.

Verf. hat seine Untersuchungen nicht an klinisch untersuchten Urethren machen können. Er betont, dafs eine richtige Deutung der endoskopischen

Befunde und eine klinische Diagnose auf Grund der Befunde erst durch eine Vereinigung klinisch- endoskopischer und pathologisch-histologischer Untersuchung an demselben Material klargestellt werden können.

Die Narben der Urethra sind trotz der vollständigen Übereinstimmung im histologischen Bau doch Endprodukte recht differenter Prozesse. Ein Teil, besonders die in der Pars membranacea und in der Nähe der Prostata gefundenen, dürften auf periurethrale Abscesse, die in das Lumen der Harnröhre durchgebrochen sind, zurückzuführen sein. — Interessanter sind die ohne vorgängige Ulceration aus einer unter der Schleimhaut gelegenen Infiltration entstehenden Narben; meist bleiben diese Prozesse auf die oberflächlichen Schichten der Harnröhrenwand beschränkt, können aber unter Umständen eine beträchtliche Ausdehnung in die Tiefe gewinnen, so daß schließlich das gesamte Blutraumnetz der Harnröhre in eine gleichmäßige fast 1 cm dicke Schwiele umgewandelt wird. Ob es sich von vornherein hier um gleiche histologische Prozesse handelt, oder ob verschiedene Prozesse das gleiche Resultat geben — eine gefäßarme fibröse Narbe —, läßt sich nach dem bis jetzt untersuchten Material nicht unterscheiden. —

Wo die subepithelialen Infiltrationen zu der Bildung kleinster oberflächlicher Narben führen, wird die Erkenntnis derselben dadurch leicht gemacht, daß anstatt des Cylinder- (oder cylinderähnlichen) Epithels schichtweise übereinandergelagerte Platten treten, die obersten Zellenlagen sind verhornt.

Die Drüsen der Urethra sind meist ganz verschwunden, oder man findet nur dicht mit Rundzellen infiltrierte Reste; in andern Fällen finden sich in der Narbe stark dilatierte, von hypertrophischen Epithelien ausgekleidete Drüsengänge — oder es zeigen sich (vielleicht ein dem vorigen vorhergehendes Stadium) cystische Dilatationen der Drüsen, deren Ausführungsgänge durch die geschwellte Schleimhaut verschlossen sind.

Wir müssen es uns versagen, noch mehr auf die Einzelheiten dieser klaren und nüchternen Arbeit einzugehen, die eine entschiedene Bereicherung unsrer pathologisch-anatomischen Kenntnisse bildet. Weitere derartige Arbeiten werden sicher dazu dienen, die anscheinend noch etwas subjektiven endoskopischen klinischen Diagnosen zu klären.

Die beigegebenen Tafeln illustrieren die Befunde N.s sehr gut. —

Syphilis und Kopfinsulte, von Dr. von Watraszewski in Warschau. Nachdem Fournier in früheren Vorlesungen außer gewissen Momenten, die wichtige Störungen syphilitischen Ursprungs im Reiche der nervösen und cerebralen Sphäre zu begünstigen vermögen (geistige Überanstrengung, Gemütsbewegung, Excesse in Baccho et Venere), auch die voraufgegangenen Kopfverletzungen genannt hatte, erwähnt er in seiner letzten dahingehenden Arbeit nichts Derartiges (*La Syphilis du Cerveau*). Verf. hatte nun Gelegenheit drei dahingehörige Fälle (oder 4) zu beobachten. In 3 Fällen war eine schwere Kopfverletzung vorausgegangen; nach Acquisition der Syphilis kam es wohl sehr bald ($4^1/_2$, 2—3, 5—6 Monate) post infectionem zum Aus-

bruch schwerer Cerebralsymptome (epileptische und apoplektiforme Anfälle). In zwei Fällen waren die Folgen der Schädelverletzung recht schwer und langdauernd gewesen, leichter im dritten. — Infolge einer Kopfläsion können nun entschieden die oben schon erwähnten Reize ohne Syphilis die verschiedensten nervösen Symptome hervorrufen. Die Schädelverletzung stellt einen Reiz dar, dessen Folgen sich in einem krankhaften Zustande des affizierten Nervensystems äufsern, einer Prädisposition, bei welcher unter dem Einflufs spezifischer (durch die hinzugetretene Lues bedingter) Umstände das uns bekannte Heer jener schweren nervösen Symptome zu stande gebracht werden kann.

Es folgt dann ein vierter Fall, wo post infectionem eine Schädelverletzung eintrat und sehr bald Hirnsymptome sich zeigten; Verf. meint, dafs auch hier die Verletzung begünstigend für das baldige Auftreten derselben gewesen sei.

Zum Schlusse der Arbeit bemerkt Verf., dafs er stets sofort die spezifische Behandlung einleitet, wenn bei einem bis dahin von Nervensymptomen (gleichgiltig ob ein Kopfinsult vorausgegangen ist) freien Individuum schon im Schankerstadium, resp. zur Zeit der zweiten Inkubation. gewisse Erscheinungen seitens des Nervensystems auftreten, da er sie für Zeichen einer Allgemeininfektion ansieht; die spez. Behandlung soll in dem Falle sofort unter allen Umständen eingeleitet werden, ehe es zum Ausbruch von sichtbaren oder fühlbaren Allgemeinerscheinungen gekommen ist — während Verf. sonst im Primärstadium eine spez. Kur nur ausnahmsweise einleitet.

Die verschiedenen Behandlungsmethoden der Harnröhrenstrikturen und deren Kritik, von Dr. Géza von Antal (Budapest). Mit Tafel. Verfasser teilt die Strikturen ein in

1. blenorrhagische Strikturen, mit 4 Stadien,
   a. Entzündungs-Stadium,
   b. Bindegewebs-Stadium,
   c. Kallöses Stadium,
   d. Schwund-Stadium.
2. durch Geschwüre bedingte Strikturen,
3. traumatische Strikturen. —

Wir teilen das vom Verf. am Schlufs gegebene Referat seiner Arbeit in extenso mit und möchten nur einige Bemerkungen zu einzelnen Punkten machen.

Verf. bringt ein Aëro-Urethroskop. Ein 2—4—6 cm langes Metallrohr mit Obturator, dem ein Okularteil mit luftdichtem Verschlufs durch eine Glasplatte angefügt wird, wird in den Penis eingeführt. In den Okularteil mündet ein Seitenrohr, durch das mit einem Ballon Luft in die Harnröhre eingeführt wird. Durch Aufblasen der Harnröhre wird nun in der That eine gröfsere Strecke dem Auge zugänglich. Uns scheint die Schwierigkeit nur

in dem Verschluſs des hinteren Harnröhrenteils gegen die Blase durch Assistentenfinger zu liegen. —

Bei der Sondenbehandlung vermissen wir die Unnaschen Zinnsonden mit der erstarrten Ätzmasse. Ref. hat mit den Casperschen sowohl wie mit den Unnaschen Sonden einige Erfahrung, gibt aber letzteren weitaus den Vorzug. Sie sind leichter einzuführen, man kann ihnen eine Krümmung je nach dem Fall geben, dabei haben sie alle Vorteile der festen Sonden, und die Applikation des Ätzmittels ist eine sehr genaue da man die Masse vor Einführung von der Sonde überall entfernen kann, wo sie nicht wirken soll. —

Im übrigen stehen wir vollständig auf dem Standpunkte des Verf. besonders bezüglich der Wirksamkeit und Ungefährlichkeit der Urethrotomia externa. Auch wir sahen nie Nachteile durch Behandlung mit dem Verweilkatheter. —

Angefügt ist der Arbeit eine tabellarische Übersicht bei 103 Fällen von Striktur. Die Tafel bringt instruktive endoskopische Bilder.

Auf Grund seiner Erfahrungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen.

1. Trachten wir, die Striktur möglichst im Entzündungsstadium zu erkennen, da wir nur in diesem Falle ein bleibendes Resultat ohne Gefahr der Recidive erreichen können.

2. Bestimmen wir die Operationsmethode möglicherweise nach dem Stadium und der Art der Striktur, welche zu erkennen wir neben der äuſseren Betastung und Untersuchung mit der Harnröhrensonde nach genügender Dilatation mittels des Endoskopes zu bestimmen im stande sind.

3. Bezüglich der Behandlung einer entzündlichen Striktur halte ich die graduelle Dilatation mit gelinder Ätzung nach Beendigung derselben am zweckmäſsigsten.

4. Bei Bindegewebsstriktur pflegt die temporäre, womöglich die konstante Dilatation sehr schöne Resultate ohne Gefahr des gröſseren Rückfalls aufzuweisen, wo wir bessere weder durch inneren, noch durch äuſseren Harnröhrenschnitt erzielen können.

5. Nach Beendigung der Dilatation und Aufhören der mechanischen Entzündung hält Verf. es für zweckmäſsig, die Stelle der Striktur mittels des Endoskops zu untersuchen, und wenn sich ein Territorium derselben oder an dessen Grenze Reste eines blenorrhoischen Prozesses zeigen sollten, denselben einer eingehenden Behandlung zu unterziehen, da wir durch diese Vorsichtsmaſsregel häufig den schnellen und schweren Recidiven vorbeugen können.

6. Bei Strikturen des kallösen Stadiums können wir, wenn wir imstande waren, die Bindegewebs-Hypertrophie um die Harnröhre mittels erwärmter Umschläge, warmer Bäder und Massage zur Resorption zu bringen, mittels temporärer Dilatation eben solche Resultate erzielen, wie bei den sub. 4. angeführten Strikturen. Wenn jedoch das kallöse Gewebe nicht zur Resorption gebracht werden kann, tritt die Indikation der Urethrotomie in

den Vordergrund, und ist meiner Ansicht nach die äufsere der inneren Urethrotomie vorzuziehen. Bei periurethralen Abscessen, fausses routes oder Fistelkomplikationen ist unbedingt die äufsere Urethrotomie zu wählen.

7. Die dem äufseren Orificium der Harnröhre naheliegenden ringförmigen Bindegewebsstrikturen kleineren Umfanges, Strikturen ulcerösen Ursprunges, sowie Klappenstrikturen werden am einfachsten mittels Urethrotomia interna gelöst.

8. Die durch Trauma bedingten narbigen Strikturen werden am besten durch äufseren Harnröhrenschnitt gelöst, wo die Ausrottung des narbigen Harnröhrenteiles in allen jenen Fällen Vorteile sichert, wo die quere Vereinigung der Harnröhrenschleimhaut ausführbar ist. Dort, wo wegen grofser Ausdehnung der Narbenbildung diese Vereinigung unausführbar ist, können wir auch nach der Urethrotomia externa auf schwere Recidive vorbereitet sein.

9. Die Sprengung (Divulsion) der Striktur, wobei die gesunden oder gesunderen Teile derselben verletzt, gesprengt und gequetscht werden und so zu traumatischer, narbiger Striktur führen können, ist Verfs. Ansicht nach immer zu umgehen.

Zur Behandlung der Syphilis mit tiefen subkutanen Injektionen von Hydrargyrum oxydatum flavum, von Dr. T. Trzcinski. Verf. ist ein warmer Anhänger der Injektionen unlöslicher Quecksilberverbindungen. Er ordiniert:

℞ *Hydrarg. oxydati flavi*	1,0
Gummi arabici	0,25
Aq. destill.	30,0

F. suspensio

das macht 0,04 Hydrarg. oxyd. flav. auf die Spritze, alle 5—6 Tage eine Spritze; vier genügen durchschnittlich. Von 90 Kranken meldeten sich (nach sieben, vier und fünf Wochen) 3 mit Recidiven. Ob Recidive nach Injektionen rascher als nach Einreibungen auftreten, will Verf. nicht entscheiden. Er rühmt die Schmerzlosigkeit dieses Mittels, die es vor dem Kalomel voraus hat; Abscesse wurde nie beobachtet.

Über die Mikroorganismen der normalen männlichen Urethra und des normalen Harnes, mit Bemerkungen über Mikroorganismen im Harne bei Morbus Brigthii acutus, von Dr. S. Lustgarten und Dr. J. Mannaberg, Wien. Vorliegende Arbeit ist wohl etwas fragmentarisch, aber doch interessant; sie regt zu weiteren Untersuchungen in der Richtung an.

Wenn sich die Resultate der Verff. bestätigen, so ist in der That keiner der bisher beobachteten Fälle von Tuberkelbacillen im Urin als giltig zu betrachten.

In betreff der Gonokokken ähnlichen Mikroorganismen, glauben wir, befinden sich die Verff. nicht ganz im Recht. Erstens sind diese Pseudo-

gonokokken sicher die von Bockhart (*Monatsh.* 1886. No. 4) beobachteten, und zweitens ist die Differentialdiagnose nicht schwer. Denn die spezifischen Gonokokken sind erstens doch auch für das Augenmafs etwas gröfser, sagen wir „saftiger", als die Pseudogonokokken, und weiter findet man nicht die für Gonorrhöe so charakteristischen, bis zum Platzen gefüllten Zellen, als deren Ausdruck auch die Kokkenklumpen anzusehen sind.

Verff. fassen den Inhalt ihrer Arbeit in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Schleimhaut der gesunden Urethra bildet ein Lager der verschiedensten Bakterien, deren Züchtung und Reindarstellung uns zum gröfsten Teil gelungen ist. (Verff. gelang es, 11 Arten zu isolieren.)

2. Der normale Harn führt aus der Urethra beinahe ausnahmslos Keime mit, welche durch Züchtung zu erkennen uns gelungen ist.

3. Die auf morphologische und tinktorielle Grundlage basierten älteren Diagnosen auf Tuberkelbacillen im Harne sind mit Rücksicht auf die Urethralbacillen unverläfslich; neuere Untersuchungen werden auf die letzteren Rücksicht nehmen müssen.

4. Der morphologische Nachweis von Gonokokken im Urethralsekret, speziell bei chronischer Blennorrhoë, ist nicht pathognomisch. Wobei wir aber, zur Vermeidung jedes Mifsverständnisses, nochmals bemerken müssen, dafs wir der ätiologischen Bedeutung der echten Gonokokken nicht nahe treten wollen.

5. Durch Katheterismus gelingt es, einen für bakteriologische Zwecke brauchbaren Urin zu gewinnen.

6. In drei Fällen von akutem Morbus Brightii sahen Verff. im frisch gelassenen, steril aufgefangenen Harne eine auffallende Menge eines Streptokokkus, welcher bei Abnahme des Krankheitsprozesses aus demselben wieder verschwindet, bei Exacerbation wieder in ihm erscheint.

7. Es gelang Verff., diesen Streptokokkus zu züchten, es gelang aber nicht, ihn zu isolieren, also in Reinkultur zu erhalten.

Aus dem Laborat. v. Prof. Weichselbaum. **Über das Vorkommen pockenähnlicher Gebilde in den inneren Organen**, von Dr. John T. Bowen aus Boston. Verf. geht zunächst auf die früheren Weigertschen und die vor zwei Jahren publizierte Chiarische Arbeit ein.

Weigert (1874) hatte an Leber, Milz, Lymphdrüsen und Nieren bei Personen, die an Variola gestorben waren, miliare Knötchen nachgewiesen, die er als pockenähnliche Gebilde anspricht. Die von ihm an den Pocken der Haut sogenannte diphtheroide Nekrose fand er auch an jenen Organen wieder.

Chiari untersuchte die Hoden von 15 an Variola Verstorbenen (1886) und fand dort dieselben knötchenförmigen Herde.

Er unterschied an diesen Knötchen 3 Zonen: eine zentrale, nekrotische Zone, eine Zone kleinzelliger Infiltration, und eine dritte, die er Exsudationszone nannte. Die nekrotischen Prozesse betrachtet er als Analoga zu diphtheritischer Nekrose Weigerts.

Ein von blatternkranker Mutter geborenes, am 14. Tage auch erkranktes und gestorbenes Kind gab Bowen Material zur Nachprüfung und zur Bestätigung, im wesentlichen, der Weigertschen Befunde. Die darauf bezüglichen Teile der Arbeit übergehen wir, um auf den Teil derselben einzugehen, der über die Untersuchungen auf Mikroorganismen handelt. Nur darauf wollen wir bei dem mikroskopischen Befunde hinweisen, dafs es Verf. gelang, in der zentralen Zone der miliaren Knötchen ein deutliches, unregelmäfsiges Netzwerk aus dünnen und dickeren Trabekeln bestehend, welches grofse Ähnlichkeit mit jenem Netzwerk hat, welches man in den Blatterpusteln der Haut beobachten kann, nachzuweisen.

In den Knötchen selbst konnten bei Anwendung der verschiedensten Färbungsmethoden niemals Kokken oder andre Bakterien entdeckt werden.

Aufserhalb der Knötchen wurde stets, wie Kulturversuche feststellten, ein Streptococcus pyogenes gefunden. —

Verf. betont, dafs durch die ganze histologische Struktur die Knötchen sich als wahre Variolaefflorescenzen der inneren Organe dokumentieren. Auf die sekundäre Ansiedelung des Staphylokokkus oder Streptokokkus sind offenbar viele der im Verlauf der Variola auf tretenden Komplikationen zu beziehen, während die Entstehung der spezifischen Produkte der Variola von diesem Mikrokokkus ganz unabhängig ist.

Verf. glaubt, da Weigert die Zentren seiner Herde stets durch Kokken verstopft gesehen hat, dafs dieselben Streptokokken gewesen, jedenfalls aber sekundär aufgetreten seien. —

Zum Schlufs werden noch sechs Fälle gebracht, in denen die Variolaprodukte im Hoden nachgewiesen werden. Für die Spezifizität der hier gefundenen Produkte führt Verf. ebenfalls das Fehlen jeder Kokken oder Bakterien an.

Die Arbeit ist wohl als eine Bereicherung unsrer histologischen Kenntnisse zu betrachten. Wie weit Verf. mit seinen bakteriologischen Befunden recht hat, müfste durch Nachprüfungen noch sicher zu stellen sein.

Zur Frage von der Behandlung der Syphilis mit Kalomelinjektionen, von Dr. Edvard Welander in Stockholm. Verf. kommt auf Grund der Erfahrungen aus seiner Praxis und derjenigen aus dem Garnisonskrankenhause in Stockholm in betreff der Kalomelbehandlung der Lues nach Smirnoff (4 mal 10 cg in zweitägigen Pausen) zu folgendem Ergebnis:

1. Eigne Praxis:
   a. Vorher nicht mit Hg Behandelte: 67% Recidive
   b. Vorher mit Hg Behandelte: 33% Recidive.
2. Garnisonskrankenhaus:
   a. Vorher nicht mit Hg Behandelte: 56,2% Recidive.
   Vom Rest haben 22,3% so bald nach der Behandlung das

Regiment verlassen, dafs eine Entscheidung nicht möglich ist. 21,5% sind „vielleicht", „sogar wahrscheinlich" freigeblieben.

b. Vorher mit Kalomel behandelt: 55,8% Recidive
unentscheidbar bei 21 % „
keine Nachricht von 4,5% „
freigeblieben circa 23 % „

Trotzdem wir also in den Kalomelinjektionen eine sehr wirksame Methode haben, so hat diese Methode sich doch ebensowenig wie irgend eine andre als hinreichend erwiesen, die Krankheit schnell vollständig zu heben.

Abscesse traten nicht selten auf (bei 104 Injektionen bei Frauen 2 mal). Im Eiter fanden sich (in 30 untersuchten Fällen) Hg-Kügelchen aber nie Mikroorganismen. Obwohl die Abscefsbildung die Hg-Aufnahme nicht ausschliefst, wird doch mit derselben viel Hg aufser Wirkung gesetzt. Stomatitis trat circa 12 mal auf, stets im Krankenhause in ungeeigneten Räumen. — Der von Smirnoff hervorgehobene Vorteil, dafs man genau die Menge des aufgenommenen Quecksilbers wisse, ist nach W.s Ansicht irrig, da nach seinen Untersuchungen circa 2 cg bei jeder Injektion in der Spritze haften bleiben und aufserdem das mit dem Eiter entleerte Hg in Berechnung zu ziehen wäre.

Im Urin fand sich Hg (nach Alméns, von Schillberg modifizierte Methode) nicht stets nach der gleichen Zeit; manchmal schon nach 4 bis 5 Tagen, manchmal nach 10—12 Tagen. Nach 14—15 Tagen finden sich Hg-Kügelchen in solcher Menge, wie bei keiner andren Methode.

Der Vorteil der Kalomelbehandlung ist, dafs sie einfach und billig ist. Injektionen vom gelbem Hg-Oxyd (7 cg) erwiesen sich als wirksam aber schmerzhaft.

Die Behandlung der Syphilis mittels Einspritzung von Hydrargyrum oxydatum flavum, von O. Rosenthal, Berlin.

Allgemeine Gesichtspunkte bei der Behandlung der Syphilis mittels Quecksilbereinspritzungen, von O. Rosenthal, Berlin. Diese beiden, in der Sektion für Dermatologie der 60. Naturforscher-Versammlung zu Wiesbaden gehaltenen Vorträge sind bereits im vorigen Jahrgang der *Monatshefte*. pag. 1102 referiert.

Über einen Fall von Ekzema solare, von Dr. Th. Veiel, Kanstatt. Vortrag, geh. in d. Sektion für Dermatologie der 60. Naturforscherversammlung zu Wiesbaden. s. Autoreferat im vorigen Jahrgang der *Monatshefte*. pag. 1100.

Über die normale Entwickelung und über einige Veränderungen der menschlichen Haare, von Dr. S. Giovannini, Bologna. Mit einer Tafel. Diese Arbeit wird in einer demnächst erscheinenden anatomischen Übersicht von Dr. Unna referiert werden.

Über die papillomatöse Schleimhautentzündung der männlichen Harnröhre, von Dr. G. Oberländer, Dresden. Erscheint demnächst Autoreferat.

Hamburg. von Düring.

Schweiz.

Über das Verhalten der Gonokokken zu Thallinsalzen, von Dozent Dr. E. Kreis, Zürich, (S. A. *Corresp.-Blatt f. Schweiz. Ärzte* No. 1. 1887.) Schon bei Zusatz von ¼ % schwefelsaurem Thalin (durch Ammoniak neutralisiert) zu Gonokokkenkulturen (24 St. in 36—38° C.) hatte die Überimpfung ein negatives Resultat. Ebenso kamen auf Nährboden, der mit Thallin (5 bis ½ %) versetzt war, keine Gonokokkenkulturen an. Kontrollversuche fielen positiv aus. Bei andern Bakterien war der Erfolg derselbe. Bei innerlicher Darreichung von Thallin wird der Urin stark sauer und geht viel langsamer in ammoniakalische Gärung über.

Über Behandlung der Gonorrhöe mit besonderer Berücksichtigung der Thallin-Präparate, von Prof. Dr. Goll, Zürich. Thallinsulfat zu Injektionen, 2—2½ % mit deutlicher Abkürzung der Dauer, sofort schon im stad. inflammat. angewandt, 1—1½ ohne Abkürzung, aber subjektiver Erleichterung. Die stärkere Lösung ist manchmal leicht reizend. Auch innerlich gegeben wirken die Thallinsalze spezifisch gegen Gonokokkenvirus und gewisse Harnfermente (2 Krankengeschichten).

Hamburg. von Düring.

Rumänien.

Archives roumaines de méd. et de chirurgie dirigées par G. Assaki. . Année.

Wir begrüfsen diese neue Zeitschrift mit Freuden als ein Symptom der wachsenden wissenschaftlichen Regsamkeit in Rumänien. Heft 2 dieser zweimonatlich erscheinenden Zeitschrift enthält u. a. einen guten Beitrag zum Studium der **Amputation des Penis** von J. Kiriac, der 3 Fälle beschreibt, die auf der chirurg. Abteilung Assakys in Bukarest nach dessen Modifikation mit Erfolg operiert worden sind. 2 Holzschnitte begleiten den Aufsatz.

München. Pauly.

Verschiedenes.

Beiträge zur Kenntnis der pathologischen Pigmente, von E. Neumann. 1. Die Entstehung des Hämatoidins und des eisenhaltigen Pigmentes („Hämosiderin") in Extravasaten und Thromben. Alle in der Abhandlung vorgeführten Beobachtungen drängen zu dem Schlusse, dafs in Extravasaten und Thromben nur aus denjenigen Blut-

körperchen, resp. ihrem Farbstoffe, welche mit dem Gewebe in innigen Kontakt kommen, oder in dasselbe eindringen, Hämosiderin entsteht, daſs der übrige Teil der Blutkörperchen, welcher auſserhalb des Gewebes in seinem Blutkoagulum eingeschlossen bleibt, eine Umwandlung in Hämatoidin erleidet. Zur Entstehung des Hämosiderins gehört die Einwirkung des lebenden Gewebes, resp. seiner Zellen auf den Blutfarbstoff, mag derselbe sich in gelöstem Zustande befinden oder an die Substanz der roten Blutzellen gebunden bleiben. Die Hämatoidinbildung dagegen stellt einen von vitaler Gewebsthätigkeit unabhängigen chemischen Zersetzungsprozeſs dar.

2. Über Pseudomelanose. Die schwarzen Pigmentkörner der Pseudomelanose befinden sich, ebenso wie die Hämosiderinkörnchen, fast ausschlieſslich innerhalb der zelligen Elemente der Gewebe. Durch Eisenpigment bedingte rostbraune Färbungen gehen häufig an Präparaten, die man der Fäulnis überläſst, in Schwarz über. Es spricht dies u. a. für die Auffassung, daſs pseudomelanotische Pigmentierungen der Gewebe stets auf eine Kombination pathologischer und kadaveröser Vorgänge zurückgeführt werden können. (*Arch. f. path. Anat.*)

Personalien.

Am 13. d. M. verstarb zu Florenz der Professor Comm. Augusto Michelacci.

Am 5. Februar starb zu Königsberg Dr. Bohn, auſserordentlicher Professor der Dermatologie und Kinderheilkunde.

Aus der Praxis.

8. **Nicht zerflieſsende Harnröhrenstäbchen.** Für Ulcerationen, Entzündungen etc., die im vorderen Teile der Harnröhre oder am orificium externum ihren Sitz haben, deren Heilung durch den Kontakt der erkrankten Partien und dadurch bedingte Reinfektion so auſserordentlich erschwert wird, sind antiseptische Stäbchen von groſsem Nutzen. Die bis jetzt bekannten Vorschriften leiden alle an dem Mangel, daſs die Stäbchen zu zerbrechlich, zu wenig modellierbar sind und in der Körperwärme zu schnell zerflieſsen. Folgende Vorschrift hat sich sehr bewährt:

℞ *Ol. Cacao* 6
Cer. albae 5
Acid. borici s. Jodof. 2
Zinci oxydati 1
Tragacanth. 4
F. bacill. elastic.

Diese Stäbchen können in jeder Dicke und Länge angefertigt, zur leichteren Einführung konisch geformt werden. Sie erhalten die Harnröhrenwände dauernd ausgespannt, denn sie vergehen nach Stunden nicht.

Vorsicht ist nur insofern geboten, als eine Kraft des Urinstrahls beim Heraustreiben des Stäbchens nötig ist, so dafs z. B. bei bestehendem Blasenkatarrh ihre Anwendung zu widerraten ist.

Hamburg. VON DÜRING.

---

9. **Über Sykosis.** Die Diagnose der verschiedenen Sykosisformen ist dem praktischen Arzte nicht so geläufig, wie sie es nach der Prägnanz der klinischen Bilder eigentlich sein sollte. Zum Teil ist hieran die unglückliche, aus der präbakteriellen Zeit überkommene, aber auch jetzt noch in allen Lehrbüchern fortgepflanzte Unterscheidung zwischen einer parasitären und einer sogenannten „nicht parasitären" Form der Sykosis schuld. Der letztere Name hätte überhaupt schon längst gestrichen zu werden verdient; seitdem wir aber durch BOCKHARTS vorzügliche Arbeit, s. *Mon. f. p. D.* 1887. pag. 450, wissen, dafs die sogenannte nicht parasitäre Sykosis — was nach den neueren Anschauungen der Pathologie ebenso bestimmt zu vermuten war, wie nach klinischen Beobachtungen — wirklich der Einimpfung der gewöhnlichen weifsen und gelben Eiterkokken ihr Dasein verdankt, haben wir eine kurze und naheliegende, prägnante Bezeichnung gewonnen, welche alle Unklarheiten der Diagnose ausschliefst. Ich unterscheide die beiden Hauptformen demgemäfs als hyphogene und kokkogene Sykosis.

Der Spezialarzt wird stets die Differentialdiagnose zwischen diesen ganz verschiedenen Arten der Sykosis durch das Mikroskop (und eventuell den Züchtungsversuch) sicherzustellen haben, der praktische Arzt kann sich jedoch schon nach dem klinischen Bilde allein sofort in genügender Weise orientieren. Die kokkogene Form (bisher fälschlich sog. nicht parasitäre Form) war früher in Deutschland die bei weitem vorherrschende. Sie ist charakteriert durch Pusteln, welche an den Haarbalgtrichtern lokalisiert sind. Hier greift ein Eiterungsprozefs äufserst langsam in die Tiefe, beschränkt sich häufig nur auf die obere Hälfte des Haarbalgs und führt hauptsächlich eine Schwellung und Entzündung des Papillarkörpers in der Umgebung des Haarbalgtrichters herbei — oder, klinisch gesprochen, oberflächliche Knoten und Pusteln. Durch Zusammenfluſs der zuerst stets diskreten Entzündungsherde bilden sich an einigen Stellen (besonders unter der Nase, am Kinne, seltener auf den Backen) oberflächliche, erhabene, rote, pustelbesetzte Platten. Der Prozefs, über so lange Zeiträume er sich hinzieht, ist von Anfang bis zu Ende ein eiteriger und oberflächlicher. Derselbe führt selbst kein Ekzem, keine Oberhauterkrankung herbei, ist aber sehr oft durch ein (z. B. seborrhoisches) Ekzem verursacht, gerade wie dieselben Ekzeme am Hinterkopf zur postekzematösen Furunkulose führen. Noch bei weitem häufiger gibt aber ein spezieller Schleimhautkatarrh, nämlich der Schnupfen, Gelegenheitsursache zur Ansiedelung der Eiterkokken und zwar zuerst unterhalb der Nasenlöcher. Die subnasale Sykosis ist die typischste Form der kokkogenen Sykosis überhaupt; viele jahrelang fortdauernde Sykosisfälle des ganzen Bartes haben ursprünglich unter den Nasenlöchern gelegentlich eines Schnupfens begonnen.

Die hyphogene Sykosis hat von England und Frankreich aus sich neuerdings immer mehr auch bei uns sich eingebürgert. Während die kokkogene Form in vielen verstreuten Einzelfällen, kommt die hyphogene hauptsächlich in kleinen, von Barbierstuben ausgehenden Epidemien vor; schon längst ehe die Epidemien aus Leipzig und Berlin beschrieben wurden, hatte ich solche in Hamburg beobachtet. Die hyphogene Bartflechte zerfällt in zwei klinisch sehr verschiedene Unterarten, die oberflächliche und die tiefgreifende.

Die oberflächliche Form ist zu charakterisieren als die Lokalisation eines gewöhnlichen Herpes tonsurans squamosus im Barte. Man hat akut aufgetretene, kreisrunde, rote, juckende, schuppende Kreise, ein Bläschenkranz fehlt gewöhnlich. Die Differentialdiagnose vom Ekzema seborrhoicum squamosum ist sicher nur durch das Mikroskop, klinisch mit Wahrscheinlichkeit durch anderweitige Lokalisationen derselben Dermatosen zu machen. Die Unterscheidung von der kokkogenen Sykosis ist aber stets leicht; hier ist nie, dort stets Eiterung vorhanden.

Die tiefgreifende Form bietet ein äufserst charakteristisches Aussehen dar. In rascher Folge schiefsen über den ganzen Bart hin grofse und tiefgreifende, zunächst trockene Knoten auf. Sie sehen rot, und da die Haare auf ihnen bald abbrechen oder ausfallen, verhältnismäfsig glatt aus. Sie jucken wenig, entstellen aber durch ihre Prominenz und die begleitende Anschwellung des subkutanen Gewebes ungemein, die Unterkiefergegend hängt sackartig herab, einzelne Knoten von Taubeneigröfse sind nicht selten. Wird dieser akut einsetzende Prozefs sich selbst überlassen, so bleibt er stationär, und bald, fast unausbleiblich, tritt eine sekundäre Eiterung hinzu, indem Eiterkokken einwandern und auf dem von Schimmelpilze vorgebahnten Wegen viel tiefer in das Gewebe eindringen, als wo sie sich allein vorfinden. Sie bedingen Abscedierungen der Haarbälge, der ganzen Knoten, subkutane Eiterung (Phlegmone) u. s. f. Niemand, der diese tiefgreifende Form einmal gesehen, wird sie mit der kokkogenen Form und deren oberflächlichen, primär zur Eiterung tendierenden Schwellungen verwechseln.

Wenn ich vorläufig die so verschiedenen Bilder der oberflächlichen und tiefgreifenden, hyphogenen Sykosis unter einem Hute, wie bisher, belassen habe, so verkenne ich keineswegs, dafs bei fortgeschrittener mykologischer Schulung wir beide wohl noch einmal als verschiedene Arten der Sykosis, erzeugt durch verschiedene Hyphomyceten (analog dem α-, β- und γ-Favus nach Quincke) unterscheiden lernen werden. Bisher können wir eben die bei ihnen beiden vorkommenden Schimmelpilze mikroskopisch nicht auseinander halten.

Diese kurze Charakteristik bezüglich Diagnose und Ätiologie der Sykosis mufste einer Mitteilung über die Behandlung (s. nächstes Heft) als Antwort auf die Anfragen einiger Kollegen vorhergehen. Unna.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 6. 15. März 1888.

Über Erysipel.

Von

Prof. Dr. A. Polotebnow

in St. Petersburg.

Ins Deutsche übertragen von Dr. E. Krouc.

I. Behandlung des Erysipels.

(Fortsetzung.)

Seitdem ich in meiner Klinik ein permanentes Bad eingerichtet habe, werden einzelne Erysipelkranke auch mit dem permanenten Bade behandelt. Als Indikationen dazu dienen: eine Temperatur von über 40 °, schwacher, rascher Puls (bis 120) und hauptsächlich — Komplikationen. Wenn ein Kranker im Harn viel Eiweifs ausscheidet, wenn ein heftiger, einen grofsen Teil beider Lungen einnehmender, Katarrh auftritt, wenn eine Pneumonie sich entwickelt oder Gehirnerscheinungen sich zeigen, so wird der Patient täglich 2, ja sogar 3 mal auf die Dauer von 1, 2, 3 und 4 Stunden in das Bad gesetzt; die Dauer desselben richtet sich nach der Individualität des Falles und den mehr oder weniger ausgesprochenen Komplikationen. Die Temperatur des Bades schwankt je nach den verschiedenen Fällen zwischen 28 ° und 26 ° R (35—32 ° C). — Die Einrichtung der Wanne ist eine derartige, dafs man sehr leicht tagelang mit ganz geringen Schwankungen ein und dieselbe Temperatur erhalten kann, wobei für genügenden Zu- und Abflufs des Wassers gesorgt

ist, wie ja solches z. B. gangränöse und phagedänische Geschwüre erfordern.

Derartige Bäder ermöglichen eine vorzügliche symptomatische Behandlung, indem sie die Temperatur herabsetzen und die Herzaktion erhöhen, was namentlich bei Nephritiden, Pneumonien und Gehirnerscheinungen von grofser Bedeutung ist.

Unter unsern 60 Fällen haben wir das permanente Bad in 6 Fällen angewandt, 1 mal bei Höllensteinbehandlung, 5 mal bei Kompressen.

Ich will hier einen Fall anführen, in welchem anfangs Höllenstein zur Anwendung kam; jedoch zwangen uns hinzutretende Komplikationen zum permanenten Bade.

Am 19. März 1881 wurde der Student der Veterinärabteilung der Medizinischen Akademie, Stephan Telschewski, 30 Jahre alt, in die Klinik aufgenommen.

19. 3. Krankheitstag. Auf der hinteren Peripherie des Halses, links von der Wirbelsäule, befindet sich ein Geschwür von der Gröfse eines 20 Kopekenstückes, welches nach der vor 3 Wochen stattgehabten Inzision eines Furunkels nachgeblieben war. Die Umgebung des Geschwürs ist erysipelatös gerötet. Die Röte breitet sich von hier nach allen Seiten aus: nach unten auf 21 cm, nach oben bis zur Haargrenze, seitwärts in der Richtung zu den Schultern, links bis 3 cm, rechts bis 6 cm vor dieselben, nach vorn auf die Brust 3 cm über die linke Clavicula hinüber; rechts reicht sie nur bis an die Clavicula. Temperatur 2 Uhr 40,2 °. Erste Einreibung mit einer Höllensteinlösung von 3j—3j

6 Uhr 40,3 °, Puls 96, Respir. 22.
8 „ 40,4 °, „ 110, „ 24.
10 „ 40,4 °, „ 114, „ 24.

Zweite Einreibung mit Höllenstein.

20. 4. Tag. Das Erysipel hat die Haargrenze überschritten — links um 9, rechts um 7 cm. Links erstreckt es sich bis zum Schultergelenk. Die ganze, tags zuvor mit Höllensteinlösung eingeriebene Haut ist mit zerstreut stehenden, erbsengrofsen Blasen bedeckt. In den Lungen, im unteren linken Lappen, unten pfeifende Rhonchi. Harn konnte nicht gesammelt werden, da Patient nur ein einziges mal nach einem Klisma während eines Stuhles urinierte.

Temp. 9 Uhr morg. 39,9 °, Puls 96, Resp. 20.
„ 11 „ 39,6 °, dritte Höllensteineinreibung.
„ 2 „ 39,8 °, Puls 96.
„ 6 „ 40,2 °, „ 112, Resp. 22.
„ 8 „ 40,1 °, „ 110.
„ 10 „ 40,0 °, 4. Einreibung.

21. 5. Tag. Das Erysipel ist auf der behaarten Kopfhaut weitergewandert; von der linken Schulter erstreckt es sich längs der linken Brusthälfte in der linea axillaris in Form eines Streifens von 8 cm Breite. In den Lungen sind ab und zu feuchte, kleinblasige Rasselgeräusche zu hören. Tägliche Harnmenge 1100, spez. Gew. 1,025. Starker Eiweifsniederschlag.

Temp.	9	Uhr	morg.	40,1 °, Puls 104, Resp. 22.	
„	4	„		40,6 °, 5. Einreibung.	
„	6	„		40,2 °, Puls 104.	
„	8	„		39,9 °, „ 102.	
„	10	„		39,9 °, „ 98,	6. Einreibung.

22. 6. Tag. Das Erysipel hat auf die linke Schläfe übergegriffen. Die streifenartige Röte in der linken Axillarlinie ist nicht vorwärts gegangen; die Haut ist hier nicht druckempfindlich. An den übrigen Stellen schreitet der Prozefs nirgends weiter. Tägliche Harnmenge 720 ccm, spez. Gew. 1023. Das Eiweifs beträgt 1/4 des Harnvolumens. Die zerstreuten feinblasigen Rasselgeräusche nehmen zu.

Temp.	9	Uhr	morg.	40,1 °, Puls 104.	
„	2	„		40,6 °, „ 110,	7. Einreibung.
„	6	„		40,6 °, „ 112.	
„	8	„		40,2 °, „ 98.	
„	10	„		40,2 °, „ 98,	8. Einreibung.

23. 7. Tag. Links ist der Prozefs auf die linke Backe übergegangen und nimmt hierselbst eine Strecke von 7 cm in der Richtung vom Ohr zur Nase hin ein; nach unten reicht er bis 3 cm vor dem Unterkieferrand. Rechts hat das Erysipel die Schläfe in einer Strecke von 5 cm in der Richtung zum Scheitel und von 7 cm in der Richtung zur Regio Zygomatica eingenommen. Unter der linken Axelbeuge ist abermals eine leichte Röte, Schwellung und Empfindlichkeit aufgetreten. Auf den alten erysipelatösen Stellen ist Desquamation aufgetreten. Tägliche Harnmenge 640 ccm, spez. Gew. 1022. Eiweifsmenge unverändert.

Temp.	9	Uhr	morg.	40,4 °, Puls 102.	
„	2	„		40,3 °, „ 96,	9. Einreibung.
„	6	„		40,6 °, „ 100.	
„	8	„		40,3 °, „ 98.	
„	10	„		39,5 °, „ 96,	10. Einreibung.

24. 8. Tag. Das Erysipel der Schläfe ist auf die Stirn übergegangen und okkupiert die ganze Stirnhaut von den Augenbrauen bis zur Haargrenze ebenso das linke obere Lid. Tägliche Harnmenge 400 ccm, spez. Gew. 1024. Die Eiweifsmenge hat zugenommen; sie beträgt die Hälfte des Harnvolumens. Im Niederschlag finden sich hyaline Cylinder, eine sehr geringe Anzahl von roten Blutkörperchen und fettig degenerierten Epithelzellen der Harnkanäle. In der linken Lungenspitze vorn und hinten Dämpfung und krepitierende Rhonchi. Starker Schweifs, Puls schwach — 120.

In anbetracht so schwerer Symptome von seiten der Nieren und Lungen wurde der Höllenstein ausgesetzt und durch Bäder ersetzt.

Temp. 9 Uhr morg. 39,9 °.
„ 2 „ 40,2 °, Puls 120, Resp. 28.

Bad von 1½ Stunden Dauer und 28 ° R.

Gleich nach dem Bade:

Temp. 3¾ Uhr 38,5 °, Puls 98, Resp. 21.
„ 6 „ 39,9 °, „ 104, „ 24.

Bad von 2 Stunden Dauer, 27 ° R. Nach einer Stunde wurde die Temperatur des Wassers allmählich auf 25 ° herabgesetzt. In dieser letzteren verblieb Patient ½ Stunde; darauf fing er an über Frost zu klagen; die Temperatur wurde auf 29 ° erhöht. Nach dem Bade:

8½ Uhr 38,7 °, Puls, 94 Resp. 20.
10 „ 39,2 ° — —
11 „ 39,4 ° — —

25. 9. Tag. Das Erysipel hat Nase und beide Wangen ergriffen. Tägliche Harnmenge 500 ccm, spez. Gew. 1022; Eiweifsmenge wie gestern. Die Rhonchi in den Lungen etwas grofsblasiger, Inspirium tiefer.

Temp. 9 Uhr morg. 39,6 °.
„ 11 „ „ 39,8 °, Puls 88.

Bad von 28—27 ° R. Dauer 1 Stunde 15 Min.

Temp. 12½ Uhr 38,6 °.
„ 3 „ 39,5 °.
„ 6 „ 39,2 °, Puls 90.

Bad von 1½ Stunden Dauer, 28—27 ° R.

Temp. 7¾ Uhr 38,0 °, Puls 72.
„ 10 „ 38,0 °.

26. 10. Tag Das Erysipel hat das rechte obere Lid eingenommen. In der linken Lungenspitze nur verschärftes Exspirium; grofsblasige, zerstreute Rhonchi in der linken Lunge hinten von unten bis zur Scapula in ziemlich grofser Anzahl vorhanden. Tägliche Harnmenge 600 ccm; spez. Gew. 1021. Eiweifsgehalt geringer, beträgt höchstens ⅛ des Harnvolumens; Cylinder nur selten zu finden, Blut nicht vorhanden.

Patient begann am Morgen zu schwitzen, der Schweifs hielt den ganzen Tag an.

Temp. 9 Uhr morg. 39,3 °.
„ 11 „ „ 38,9 °.
„ 2 „ 39,5 °.
„ 3½ „ 39,6 °, Puls 86.

Um 3¾ Uhr ein Bad von 28—27 ° von 1½ Stunden Dauer.

5½ Uhr 38,4 °, Puls 76.
9 „ 39,1 °.

Um 9½ Uhr ein Bad von 28—27 ° von 1½ Stunden Dauer.

11¼ Uhr 38,2 °.

27. 11. Tag. Das Erysipel hat überall Halt gemacht. Auf den alten Stellen ist Desquamation eingetreten. Die tägliche Harnmenge ist auf 1360 ccm gestiegen. Spez. Gew. 1019. Die Eiweifsmenge hat im Verhältnis zur gestiegenen Harnmenge kaum abgenommen, wenngleich auch der flockige Niederschlag nur sehr langsam zu Boden sinkt. In der linken Spitze sind die Atmungsgeräusche rein, Exspirium ist noch zu hören. Hinten haben die Rhonchi abgenommen.

Temp. 9 Uhr morg. 39,7 °.
„ 11 „ „ 39,8 °, Puls 90, Resp. 26.
Bad von 2 Stunden und 27 ° R.
Temp. 1¼ Uhr 38 °, Puls 72, Resp. 19.
„ 7 „ 39,5 °, „ 86, „ 24.
Bad von 2 Stunden und 27 ° R.
Temp. 9¼ Uhr 38,2 °, Puls 72, Resp. 22.

Die Höhe der Temperatur ist durch eine in der rechten Lungenspitze beginnende Entzündung zu erklären.

28. 12. Tag. Das Erysipel ist nirgends exacerbiert. In der rechten Lungenspitze vorn und bis zum unteren Scapulawinkel hört man reichliche Krepitation. Harnmenge 1160 ccm; spez. Gew. 1019. Die beim Kochen des angesäuerten Harns sich bildenden Flocken sind scheinbar an Menge geringer geworden.

Temp. 9 Uhr morg. 39,8 °.
„ 12 „ „ 39,8 °.
Bad von 1½ Stunden und 28 °.
Temp. 1¾ Uhr 38,2 °.
„ 6 „ 39,0 °, Puls 84.
Bad von 1½ Stunden und 28 ° R.
Temp. 7¾ Uhr 38,2 °, Puls 72.

29. 13. Tag. Das Erysipel kann für abgelaufen gelten. In der rechten Lunge ist die Pneumonie in voller Entwickelung; über der Mitte der Scapula scharfes Bronchialatmen; in der Spitze vorn und hinten Krepitation. Harnmenge 1440 ccm, spez. Gew. 1010. Beim Kochen flockige Trübung.

Temp. 9 Uhr morg. 39,4 °.
„ 11 „ „ 39,5 °.
Bad von 1½ Stunden Dauer und 27 ° R.
Temp. 12¾ Uhr 38,0 °.
„ 6 „ 38,6 °.
Bad von 1½ Stunden Dauer und 28 ° R.
Temp. 7¾ Uhr 37,5 °.
„ 9 „ 37,8 °.
„ 11 „ 37,3 °.

30. 14. Tag. In der Nacht schwitzte Patient heftig; er mufste die Wäsche 2 mal wechseln. Tägliche Harnmenge 1800 ccm, spez. Gewicht 1009; beim Kochen erhält man nur eine Trübung. In der rechten Lungenspitze

hat die Krepitation bedeutend abgenommen, das Bronchialatmen ist noch deutlich zu hören, obgleich es weniger scharf, als gestern ist.

Temp. 9 Uhr Morg. 36,8 °.
„ 12 „ 37,0 °.
„ 6 „ 37,9 °.
„ 9 „ 37,2 °.

Am 3. April erhielt man vom Eiweifs nur noch eine Opaleszenz; am 5. verschwand das Albumin gänzlich. Am 9. waren die Lungen zur Norm zurückgekehrt. Nach dem 3. hat die Temperatur 37,2 ° niemals überstiegen, trotzdem dafs am 31. das Erysipel abermals auftrat u. z. in Form eines Streifens von 10 cm Breite, der sich von der Wirbelsäule über die rechte Axelhöhle zur Brust hinzog; auf dieser lief der Streifen auf der Höhe der Brustwarzen. Es bestand hier Schwellung, eine weniger gleichmäfsige als vielmehr fleckige Röte und vor allem Empfindlichkeit; diese Symptome waren vorn bedeutend geringer ausgeprägt als auf dem Rücken und der Seite der Brust.

Am 4. April bildete sich in der linken Axelhöle ein kleiner Abscefs. Aufserdem etablierte sich auf der linken Thoraxseite eine zirkumskripte Röte und bedeutende Schwellung der Haut, welche jedoch ohne Eiterung unter dem Einfufs von Compresses échauffantes sich zurückbildete.

Während der Behandlung erhielt Patient je ein Pfund Fleischsaft und Wein.

Eine derartig bedeutende Herabsetzung der Temperatur kommt jedoch nicht immer zur Beobachtung; ein solcher Fall trat bei einem Studenten der Medizin ein, welcher am 8. Oktober 188 mit einem Gesichtserysipel in die Klinik aufgenommen wurde. Das Erysipel griff später auf die ganze behaarte Kopfhaut über und verlief mit kolossalen Eiweifsmengen im Urin (wie im vorhergehenden Fall), einem äufserst heftigen Bronchialkatarrh beider Lungen, welche von oben bis unten, vorn und hinten ergriffen waren, mit Delirien, Bewufstlosigkeit und klonischen Krämpfen der Extremitäten; die Bäder wurden vom 3. Krankheitstage an mehrmals täglich gegeben; sie dauerten 2 Stunden und waren auf 28 ° R. temperiert.

Vor dem Bade	40,6 °	Nach dem Bade	39,6 °
„	40,6 °	„	39,7 °
„	39,3 °	„	38,6 °
„	39,8 °	„	38,4 °
„	40,1 °	„	38,9 °
„	39,5 °	„	38,2 °

Überhaupt bedarf der Einfluſs der Bäder und ihrer Temperatur auf die Herabsetzung des Fiebers und die andern Symptome (Puls, Respiration, Eiweiſsausscheidung etc.) bei Erysipel noch genauerer und spezialisierterer Untersuchungen.

Auf Grund der obenangeführten Thatsachen kann man folgendes Resumé ziehen:

1. Der Höllenstein kann nicht zu denjenigen Mitteln gerechnet werden, welche den erysipelatösen Prozeſs „fixieren“ (lokalisieren).

Wenn auch zuweilen Fälle angetroffen werden, in denen das Erysipel nach Einreibungen mit Höllensteinlösung nicht weiterschreitet, so muſs erwähnt werden, daſs derartige Fälle auch bei symptomatischer Behandlung, z. B. bei Kompressentherapie, vorkommen.

2. Der Höllenstein setzt die Temperatur nicht wesentlich herab; das Fieber verlief ja bei beiden Behandlungsmethoden annähernd gleich.

3. Der Höllenstein beseitigt Nervenaffektionen durchaus nicht. Wenn wir einerseits bei einem Erysipel des Gesichts und der behaarten Kopfhaut bei Kompressenbehandlung 8 mal, bei Lapisbehandlung nur 4 mal Nervenerkrankungen beobachteten, so haben wir anderseits bei einem Erysipel des Gesichts, Kopfes und eines Teiles des Rumpfes umgekehrt bei Höllensteintherapie 5, bei Kompressenapplikation nur 2 mal dasselbe konstatieren können. Eine derartige Verteilung kann also nicht von der Behandlungsart abhängen.

4. Die Eiweiſsausscheidung dauert bei beiden Behandlungsmethoden ungefähr gleich lang.

5. Einen recht beträchtlichen Unterschied haben wir von seiten der vom Nervensystem und den Lungen abhängigen Komplikationen erhalten. Unter Höllenstein haben wir nur 1 Fall mit Gehirnerscheinungen zu verzeichnen, unter Kompressen dagegen 6. Lungenentzündungen traten bei Lapisbehandlung in 2, bei Kompressenbehandlung in 5 Fällen auf.

Ob man nun diesen Unterschied einem Zufall, oder wirklich dem Höllenstein zuschreiben soll, ist aus unsern Daten nicht mit Sicherheit zu eruieren.

6. Die Mortalität ist (wenn eine Statistik von 60 Fällen überhaupt Schlüsse auf dieselbe gestattet) bei beiden Behandlungsweisen dieselbe geblieben. Die Höllensteineinreibungen konnten dem verderblichen Einfluſs des Erysipels auf den tuberkulösen Prozeſs in den Lungen nicht Einhalt thun, im Gegenteil er wurde beschleunigt.

7. Bei alledem wirkt der Höllenstein auf die Abkürzung des Verlaufes des Erysipels ohne Zweifel ein. Eine solche Einwirkung kann man nur dem zuschreiben, daſs der Höllenstein eine Beschleunigung der Rückbildung der erysipelatösen Entzündung in loco bewirkt. Zu gunsten dieser Erklärung spricht eine bereits früher von uns gemachte Beobachtung. Bestreicht man nämlich bei einem und demselben Kranken die eine Hälfte des erysipelatösen Gesichts mit Höllensteinlösung, und appliziert man auf die andre Kompressen, so verschwinden Röte, Schmerzhaftigkeit und Schwellung auf ersterer rascher als auf letzterer.

Jedoch wird bei alledem der Verlauf des Prozesses durch Höllenstein nur um ein sehr geringes abgekürzt, wie wir oben gesehen haben nur um 0,8 Tage.

Eine derartig geringe Abkürzung wiegt aber die weitläufige Prozedur und die pedantische Akuratesse, welche bei der Applikation von Höllensteinlösung beobachtet werden muſs, bei weitem nicht auf. Wir sind daher wieder zur ausschlieſslichen hydrotherapeutischen Behandlung zurückgekehrt. Wir vermeiden jegliches Fett und zusammengesetzte Salben, bei deren Gebrauch es namentlich in der Privatpraxis nicht leicht ist, die kranke Haut rein zu erhalten. Schwellung und Schmerzhaftigkeit verhindern, namentlich bei Anwesenheit von Blasen, eine genügende Entfernung des Fettes vor seiner Wiederholung. Ich habe häufig Gelegenheit gehabt, bei Patienten, sowohl der klinischen als Privatpraxis, ganze Schichten von Salben auf dem Gesicht, vor allem aber auf dem behaarten Kopf, zu sehen. Derartige Salben bilden, namentlich im Verein mit Pulvern, feste Schwarten, durch die es schwer ist, sich bis zur erkrankten Haut hindurch zu arbeiten. Die Kompressen dagegen mildern das Gefühl der Spannung, Hitze und den Schmerz bedeutend mehr als alle Salben.

erhalten die Haut dabei rein, was uns ermöglicht alle in und auf ihr sich abspielenden Veränderungen zu verfolgen.

Im verflossenen Jahre habe ich die kalten Kompressen (bisweilen wurden Eisumschläge verordnet) mit warmen vertauscht. Ein Lappen wird in Wasser von 30—35 °R. getaucht und auf die kranken Stellen gelegt. Vielen Kranken werden abwechselnd alle 2—3 Stunden bald kalte, bald warme Kompressen gegeben. Die Patienten zogen ohne Ausnahme die warmen den kalten vor.

II. Anomale Erysipelformen.

In der Lehre von Erysipel taucht eine höchst interessante Frage über das Verhältnis des Fiebers zur erysipelatösen Dermatitis auf.

Gegenwärtig wird bekanntlich allgemein angenommen, dafs die Dauer des Fiebers einzig und allein von der Dauer des erysipelatösen Exanthems abhänge, ohne natürlich Komplikationen in Betracht zu ziehen; das Fieber schwindet zugleich mit dem Exanthem. In der grofsen Mehrzahl der Fälle tritt dies gewifs ein; es existieren jedoch auch nicht wenig Ausnahmen von dieser allgemeinen Regel.

Es kommen z. B., wenn auch sehr selten, Fälle vor, wo das ganze Erysipel ohne alles Fieber verläuft. Zwei solche Fälle sind bereits in der Tabelle erwähnt, ein dritter wurde noch früher in der Klinik beobachtet. (Das Erysipel hatte seinen Ursprung im oberen drittel des Unterschenkels genommen und sich allmählich in der Richtung nach unten über den ganzen Unterschenkel und Fufs verbreitet.) Es kommen auch Fälle vor, in denen die Temperatur von einer bedeutenden Höhe bis unter die Norm fällt, während das Erysipel sich im Verlauf von 2, 3 Tagen immer weiter entwickelt, wie das nebenbei bemerkt, auch aus dem oben angeführten Beispiel zu ersehen ist.

Es kommen aber auch Fälle ganz entgegengesetzten Charakters vor. Der erysipelatöse Prozefs schliefst vollständig ab, sogar die Desquamation schwindet spurlos, und trotzdem fährt der Kranke fort zu fiebern. Ein derartiges Fieber, bei vollständig normaler, mit dünner, zarter Epidermis bedeckter Haut hält 2, 4—12 Tage an. Ich habe im Laufe der letzten 3 Jahre der-

artige Fälle in der Klinik mehrfach beobachtet. Bei der allerpeinlichsten, wiederholten Untersuchung des Kranken konnte man auch nicht die allergeringste Veränderung in der Haut, unter der Haut, in den Gelenken, den sichtbaren Schleimhäuten oder irgend einem inneren Organ nachweisen, mit Ausnahme etwa der in einzelnen Fällen konstatierten Milzvergrößerung. Das Fieber stieg in allen diesen Fällen nicht über 38,4 ° mit Morgenremissionen von 37,0 °; bisweilen erreichte es nur 37,8 °.

Diese Erscheinung könnte man auf zweierlei Art erklären. Man könnte annehmen, daſs gleich nach dem Erysipel ein andrer, abortiver Infektionsprozeſs sich entwickele; oder aber, daſs das Erysipel, als Infektionskrankheit, nicht immer mit dem Exanthem sein Ende erreiche, sondern eine Zeitlang über dasselbe hinaus sich fortsetze. Schon hinsichtlich des Umstandes, daſs Fieber und Exanthem nicht immer einen streng parallelen Verlauf nehmen, müſste uns die letzte Voraussetzung die wahrscheinlichere scheinen.

Wenn der infektiöse Erysipelasprozeſs, nach Schwinden des Exanthems, unter so unbedeutenden und schwach ausgeprägten Erscheinungen, wie in den oben angeführten Fällen, noch eine Zeitlang fortdauern kann, so müſste man nach klinischer Logik ausgeprägtere, schärfer gekennzeichnete Fälle gleichen Verlaufs auch zulassen dürfen.

Im heurigen Lehrjahr haben wir zum ersten mal zwei derartige Fälle mit Exitus letalis beobachtet.

I. Am 29. Dezember 1884 trat der Gemeine des Paulregiments Wassili Pagodin, 23 Jahre, in die Klinik ein.

Patient ist von gutem, kräftigem Körperbau; von den inneren Organen ist nur die Milz vergröſsert; die übrigen Organe sind normal. In den Lungen diffuse pfeifende Rhonchi. Er war vor drei Tagen erkrankt.

Das Erysipel nimmt beide Wangen und die Nase ein. Nasenschleimhaut geschwellt, gerötet, teilweise erodiert. Temp. 40,0 °.

30. Dez. 4. Krankheitstag. Temp. morg. 38,7°, mitt. 38,5°, abds. 38,3°
31. „ 5. „ „ „ 39,6° „ 39,2° „ 39,0°
1. Jan. 6. „ „ „ 40,5° „ 40,3° „ 39,7°

Das Erysipel hat sich in diesen Tagen nicht weiter verbreitet. In den Lungen sind recht zahlreiche feuchte Rasselgeräusche, namentlich in den unteren Teilen aufgetreten. Im Harn geringer Eiweiſsgehalt.

2. Jan. 7. Tag. Das Erysipel hat die untere Stirnhälfte eingenommen. Der Prozefs auf Wangen und Nase unverändert.

Temp. morg. 39,5°, mitt. 40,9°, abds. —

3. Jan. 8. Tag. „ „ 39,4° „ 39,8° „ 39,6°

4. „ 9. „ „ „ 36,4° „ 39,8° „ 39,3°

Das Erysipel hat beide Ohrmuscheln ergriffen.

Weiter breitete sich der Prozefs nicht aus; in den nächsten Tagen trat reichliche Desquamation auf, die am 9. (14. Krankheitstage) ihr Ende erreichte.

Im übrigen verlief die Krankheit wie folgt:

5. Jan. 10. Tag. Temp. morg. 39,8°, mitt. 39,7°, abds. 39,3°.

6. „ 11. „ „ „ 40,0° „ 39,7° „ 39,0°

Patient ist besinnungslos, der Leib ist aufgetrieben.

7. Jan. 12. Tag. Temp. morg. 40,4°, mitt. 40,0°, abds. 39,2°.

Puls kaum fühlbar, 120, Resp. 32, Delirien, Bewufstlosigkeit.

8. Jan. 13. Tag. Temp. morg. 39,7°, mitt. 39,8°, abds. 38,0°.

9. „ 14. „ „ „ 39,2° „ 39,6° „ 38,2°

Patient ist zur Besinnung gekommen; im Harn bedeutende Eiweifsmengen. In beiden unteren Lungenlappen Krepitation.

10. Jan. 15. Tag. Patient komatös, Pupillen verengt, fast reaktionslos auf Lichtreiz. Man konstatiert strabismus convergens des rechten Auges. Zucken in den Gesichtsmuskeln. Die Muskeln des übrigen Skeletts rigid. Die Arme sind an die Brust gepreſst und können nur mit Mühe entfernt werden. Die Wirbelsäule läfst sich nicht biegen, dazwischen steigert sich diese Spannung bis zu mäfsigem Opisthotonus. Puls unzählbar. Atmung sehr oberflächlich, ungefähr 40 Atemzüge in der Minute. Temp. 39,2°.

13. Jan. 18. Krankheitstag. Status idem. Aufserdem sind die Augen eingefallen, die Corneae haben sich getrübt. Die Haut ist äufserst empfindlich. Berührung verursacht Muskelkontraktionen in den Extremitäten und im Gesicht; Leib eingefallen.

Temp. 12. abds. 38,4°.

„ 13. morg. 37,8° und abds. 39,1°.

14. Jan. 19. Krankheitstag. Temp. morg. 39,1°.

Um 1 Uhr mittags verschied der Kranke. Die Sektion, welche am 15. vom Prosektor der pathologischen Anatomie, K. N. Winogradoff, ausgeführt wurde, ergab folgendes:

Pia etwas hyperämisch, dünn, reifst beim Ablösen; Seitenventrikel etwas erweitert und enthalten ein wenig klare, seröse Flüssigkeit; das Ependym stellenweise verdickt, trübe, derb und leicht körnig; Plexus chor. körnig. Die Gehirnsubstanz von mäfsiger Konsistenz; leicht ödematös; auf der Schnittfläche treten eine recht grofse Anzahl feiner Bluttröpfchen zum Vorschein. Das Gewebe des Kleinhirns weist eine geringe Sklerose des corpus denticulatum der linken Hemisphäre auf.

Das Herz ist im queren Durchmesser etwas vergröfsert; das Perikard

auf der hinteren Fläche der Ventrikel mit kleinen alten Trübungen bedeckt; der linke Ventrikel vergrößert, die Wandung verdünnt, schlaff, von graulicher Farbe, die Klappen unverändert. Auf der Intima der Aorta kleine sklerotische Knötchen, die Wandungen des rechten Ventrikels recht bedeutend verdünnt.

Die rechte Lunge ist durch alte Membranen fast mit dem Thorax verwachsen; die oberen und mittleren Lappen lufthaltig; im unteren Lappen nahe der Basis finden sich zerstreute, dunkel rotfarbene Herde verdichteten Gewebes von geringer Größe. Die linke Lunge ist beweglich, sonst ebenso verändert wie die rechte.

Die Leber leicht vergrößert, Ränder abgerundet, das Gewebe etwas muskatnußartig; die Lebervenen mit dünnflüssigem Blut angefüllt.

Die Milz vergrößert, Kapsel geschrumpft, das Gewebe fest, anämisch. Die Pulpa läßt sich nur mit Mühe herauskratzen.

Die Nieren von normaler Größe, die Kapsel ist leicht zu entfernen, das Gewebe namentlich der Pyramiden sehr bluthaltig.

Die Schleimhaut des Magens stellenweise hyperämisch und mit einer geringen Anzahl frischer kapillärer Extravasate bedeckt.

Im Ileum geringe Vergrößerung einiger Solitärfollikel und Peyerscher Plaques.

II. Am 14. März 1885 trat der Hospitaldiener des klinischen Militärhospitals Nicolai Laptschik, 22 Jahre, in die Klinik ein.

14. März. 2. Krankheitstag. Patient ist von mittlerer Konstitution. An den inneren Organen nichts Abnormes zu entdecken. Das Erysipel nimmt den Nasenrücken und die anliegenden Wangenteile ein, rechterseits Blasen. Im Harn Eiweiß, Trübung beim Kochen.

Temp. morg. —, mitt. 40,4 °, abds. 39,6 °.

15. März. 3. Tag. „ „ 40,1 ° „ 41,1 ° „ 40,0 °

16. „ 4. „ „ „ 39,8 ° „ 40,3 ° „ 39,5 °

Das Erysipel ist auf den Wangen weitergekrochen. Tägl. Harnmenge 940 ccm, spez. Gew. 1023. Eiweißmenge größer.

17. März. 5. Tag. Das Erysipel hat die Ohrmuscheln eingenommen. Weiter drang das Erysipel nicht vor; die Desquamation hielt bis zum Exitus letalis an.

Temp. morg. 39,9 °, mitt. 40,5 °, abds. 39,4 °.

18. März. 6. Tag. „ „ 39,2 ° „ 40,3 ° „ 39,2 °

19. „ 7. „ „ „ 39,7 ° „ 40,2 ° „ 39,4 °

In den Lungen hinten diffuse feuchte Rasselgeräusche.

20. März 8. Krankheitstag. Deliriert; der Eiweißniederschlag nimmt ungefähr 1/5 Volumen ein. Puls sehr schwach, 96 in der Minute.

Temp. morg. 39,4 °, mitt. 40,0 °, abds. 39,2 °.

21. März 9. Tag. „ „ 39,6 ° „ 40,4 ° „ —

Patient komatös, Puls unzählbar, Resp. ungefähr 40.

22. März. 10. Tag. Um 3 Uhr morgens Exitus letalis. Die Sektion wurde durch den Prosektor Winogradoff ausgeführt und ergab folgendes:

Pia hyperämisch, dünn, zerreifst beim Ablösen; Gehirnsubstanz konsistent, auf dem Durchschnitt zahlreiche Blutpunkte.

Das Herz 10½ cm im Längs- und 11 cm im Querdurchmesser, mit Fett bedeckt. Das Pericardium weist auf der hinteren Fläche punktförmige Extravasate auf. Die linke Ventrikelhöhle vergrößert, die Wandungen verdünnt, von blafsrötlicher Farbe. Das linke Ostium venosum hat 9½ cm Zirkumferens; die Mitralis am freien Rande leicht verdickt. Aortalumen bei den Klappen 6½ cm; die Spitzen der Papillarmuskeln sehnig entartet, die Klappen und Intima der Aorta unverändert. Der rechte Ventrikel erweitert, enthält bröckelige Fibringerinsel. Die Zirkumferenz des rechten venösen Ostiums beträgt 10½ cm, der Umfang der Lungenarterie 6 cm, die Klappen unverändert. Die Wandungen des Ventrikels etwas verdünnt, weich. Die Lungen sind teilweise mit der Thoraxwand verwachsen, lufthaltig, die unteren Lappen sehr bluthaltig, im rechten unteren Lappen und auf der Pleura kleine frische Extravasate. Die Leber von normaler Größe, das Gewebe morsch, lehmfarben, die Acini teils verstrichen. Die Milz etwas vergrößert (14 cm im Längs- und 8¼ im Querdurchmesser), weich, zerreifslich, anämisch, die Malpighischen Körperchen vergrößert. Die Nieren etwas weich, Kapsel gespannt, leicht abziehbar; die Corticalis blafs, aus den Papillen läfst sich eine recht grofse Menge dicklicher, trüber Flüssigkeit auspressen.

Die Magenschleimhaut ist auf den Falten hyperämisch, mit Schleim bedeckt. In dem Dünndarm 30 runde Spulwürmer. Die Haut des Gesichts und der Ohrmuscheln stellenweise blafsrosa verfärbt, und löst sich die Haut in kleinen Fetzen ab.

Die hier beschriebenen Abweichungen von dem gewöhnlichen Verlauf des Erysipels kommen scheinbar sehr selten vor; wenigstens erwähnen die Autoren der dermatologischen Handbücher ihrer nicht. Auch in der Spezialarbeit Zülzers ist nichts darüber gesagt. Wie es scheint, versteht auch Geber unter „typhoider Periode des Erysipels“ — „Erysipelas typhoides, malignum s. gangränosum“, welches 1841—54 in Amerika epidemisch auftrat. Aber wie bekannt, ist diese Epidemie eher als Diphtherie anzusehen, und nicht als Erysipel (Zülzer-Ziemssen, Bd. II. pag. 405; Pitha u. Billroth, Tl. I. Bd. II. Liefg. 1. pag. 217).

Über die Behandlung der Syphilis durch subkutane Kalomelinjektionen.

Von

Dr. L. Hoffmann

in Berlin.

Nach einem in der Berliner dermatologischen Vereinigung gehaltenen Vortrag.

M. H.! Meine Absicht ist es, nachdem Neisser, seine Assistenten und mehrere andre Autoren sehr günstige Resultate über die Behandlung der Syphilis durch die subkutanen Kalomelinjektionen veröffentlicht haben, von den Berliner Fachgenossen bis jetzt aber nichts bekannt ist, ob sie dieselben angewandt und mit welchem Erfolge, diese Frage heute hier zur Diskussion zu stellen, und will ich mir erlauben, als Einleitung zu derselben gleichsam meine Erfahrungen, die ich an 16 Patienten mit zusammen 96 Injektionen gemacht habe, mitzuteilen. Nachdem von italienischer Seite schon im Jahre 1864, zur Zeit als die subkutanen Sublimatinjektionen in die Therapie eingeführt wurden, die Kalomelinjektion angewandt[1] und von verschiedenen Seiten manche günstige Resultate publiziert waren, kamen dieselben doch in Vergessenheit, bis Neisser auf der Naturforscherversammlung in Straſsburg dieselben wieder ans Tageslicht zog. Er sagte, daſs man bei der Behandlung der Syphilis von dem Wunsche ausgehen müsse, eine möglichst zweckmäſsige, in jedem Fall anzuwendende, dabei gut wirkende Behandlungsmethode zu bekommen, wobei es nicht nur einer sicheren und wirksamen, sondern auch bequemen Methode bedarf. Zu dieser gehören in erster Reihe die Injektionen mit löslichen Hg-Salzen (welches unter den vielen in den letzten Jahren empfohlenen Präparaten gewählt werde, ist gleichgültig); eine Methode, die jedoch durch die Notwendigkeit täglicher Applikation unbequem wird. Deshalb wandte er die Kalomelinjektionen an und betont als be-

[1] Von Scarenzio liegt die erste Publikation in *Annali universali di medicina.* Agosto e Settembre 1864 vor.

sondere Vorzüge: 1. die eminente Bequemlichkeit; 4 bis 6 Injektionen in Intervallen von je 8 bis 10 Tagen sind eine gute, energische Kur; 2. den überraschend schnellen und sicheren Erfolg. N. stellt auch in bezug auf die Wirksamkeit diese Kur eher über, als unter diejenige der Inunktionskur. Störend waren bisher die hin und wieder an der Injektionsstelle auftretenden lokalen Entzündungsprozesse, die aber, seit er das Kalomel (natürlich vapor. parat., welches vor dem auf feuchtem Wege hergestellten Kalomel den Vorzug hat, sich nicht zu kleinen Kügelchen zusammenzuballen und so die Kanäle zu verstopfen) in Ol. olivar. suspendiert, viel seltener und unbedeutender auftreten, als bei früheren wässerigen oder glycerinhaltigen Kalomelsuspensionen. Das Glycerin-Kalomel wurde bald aufgegeben, weil das Glycerin sich infolge seiner hygroskopischen Eigenschaften keineswegs indifferent gegen tierische Gewebe erwies, während die wässerige Kochsalz-Gummischleimlösung anfangs lieber angewandt wurde, weil dadurch die Umsetzung des Kalomels in Sublimat schneller vor sich gehen und so die Resorption befördert werden sollte. Bei 225 Injektionen von Kalomel in Ol. olivar. suspendiert, hat NEISSER nur 6 Abscesse bei 4 Patienten beobachtet. Über dieselben günstigen Resultate berichtet REINHARD aus der Halleschen Klinik[2]; letzterer hat nur 4 Vereiterungen von Stichkanälen und 1 Abscefs bei 104 Injektionen beobachtet; später bei noch gröfserer Vorsicht in der Anwendung keine mehr.

Was nun meine eignen Beobachtungen anbetrifft, so will ich im voraus bemerken, dafs ich genau in der von NEISSER angegebenen Weise in die Muskulatur des Glutaeus, nach vorhergehender, ordentlicher Reinigung, mit einer etwas längeren Nadel, als die der gewöhnlichen PRAVAZschen Spritze, die Injektionen gemacht habe. Dabei ergab sich, dafs in den ersten Stunden nach der Injektion fast keine Reaktion erfolgte; in den meisten Fällen stellten sich erst lebhaft ziehende Schmerzen nach 24 Stunden ein und erreichten ihren Höhepunkt am zweiten und dritten Tage. In allen Fällen konnte man an der injizierten Stelle

[2] *Deutsche med. Wochenschr.* 1887. No. 41.

eine mehr oder weniger starke Infiltration konstatieren, die ziemlich 8 Tage anhielt. Unter den 96 Injektionen habe ich ferner 5 Abscesse, einen sogar erst 10 Wochen nach der letzten Injektion, beobachtet, und zwar habe ich solche meistens bei fettleibigen Individuen konstatieren können. Magere Patienten vertrugen die Injektionen wesentlich besser, und dauerte selbst die Infiltration bei den letzteren nicht so lange, als bei denen mit starkem Panniculus adiposus. Was nun die Wirkung der Einspritzungen betrifft, so mufs ich sagen, dafs ich in allen Fällen sehr gute Resultate beobachtet habe; von den 16 Fällen betrafen neun die ersten Symptome der Exantheme, Roseolen, makulöses papulöses Exanthem, welche schon nach 2 Injektionen abblafsten, während die übrigen 7 Fälle Condylomata lata, Psoriasis palmaris, Plaques muqueuses etc. nach 4 bis 5 Injektionen fast geheilt waren, doch habe ich in allen Fällen je 6 Injektionen in einem Intervall von 8 Tagen gemacht. Nur die Zungenplaques wurden durch die Kalomelinjektionen nicht günstig beeinflufst, indem sehr leicht ulceröse Prozesse entstanden. Ich kann mir nur denken, dafs dieselben daher rührten, dafs die Kalomelinjektionen sehr leicht Ptyalismus erzeugen, und demnach die entzündlichen Prozesse der Mundschleimhaut auf die Zungenaffektion nicht günstig wirken. Bei den Zungenveränderungen würde ich für die Zukunft lieber die Formamidinjektionen anwenden, die sich mir in solchen Fällen am besten bewährt haben. Von Allgemeinerscheinungen nach den Kalomelinjektionen habe ich in mehreren Fällen, ja fast in weitaus den meisten, Fieber beobachtet; die Patienten bekamen teils Frost mit nachfolgender erhöhter Temperatur, oder sie fühlten sich matt, zeigten vermehrten Durst, Kopfschmerzen, Niedergeschlagenheit etc. Die Temperatur wurde zwar nie gemessen, da es poliklinische Patienten waren, allein nach Aussage derselben war es nicht zweifelhaft, dafs leichte Fiebererscheinungen bestanden, die ca. 2 bis 3 Tage anhielten. In mehreren Fällen zeigte sich ferner trotz Anordnung sorgfältiger Mundpflege Stomatitis, Gingivitis, wobei ich bemerken möchte, dafs gleich nach der ersten Injektion fleifsige Ausspülungen des Mundes zu machen sind, da sonst die Injektionen ausgesetzt

werden mufsten. 8 mal habe ich Dysenteria mercurialis beobachtet, die nach dem Gebrauch von Ol. ricin. mit nachfolgendem Laudanum günstig verliefen. Diese Dysenterie habe ich ebenfalls nur bei fettleibigen Patienten gesehen und zwar bei einem Individuum nach jeder Injektion, ohne dafs nebenbei Kochsalz gegeben war. Gleich nach dem ersten Auftreten der dysenterischen Erscheinungen wurde dem Patienten geraten, das Kochsalz selbst in den Speisen so viel wie möglich zu vermeiden, und dennoch trat nach den weiteren Injektionen immer wieder Dysenterie auf, so dafs bei diesem Patienten von den Kalomelinjektionen Abstand genommen werden mufste. Von Recidiven kann ich bis jetzt nichts berichten, da die Beobachtungsdauer eine zu kurze ist.

Fassen wir die Resultate zusammen, so ergibt sich, dafs die Kalomelinjektionen in bezug auf die syphilitischen Erscheinungen sehr günstig wirken, dafs aber in vielen Fällen sehr ungünstige Nebenerscheinungen auftreten, die manchmal die Anwendung derselben kontraindizieren.

Syphilitische und merkurielle Zungengeschwüre.

Von

Dr. J. Beissel

in Aachen.

Aus der Zahl der geschwürigen Zerstörungen der Zunge sollen zwei Gruppen herausgegriffen werden, welche die Aufmerksamkeit des Arztes oft in ganz besonderem Mafse erfordern, nämlich die merkuriellen und spezifischen Geschwüre. Bereits sind es fast fünfzig Jahre, dafs eine grofse Zahl der Ärzte die sekundären und tertiären Symptome der Syphilis als Folgezustände einer Behandlung dieser Krankheit mit Quecksilber ansah, ja sogar die Existenz der konstitutionellen Syphilis als einer selbständigen Krankheitsform leugnete [1]. Erst das genaue Studium des Merkurialismus von seiten Virchows zeigte, dafs diese Anschauung gänzlich auf Täuschung beruhte, indem er die Beob-

achtungen in das rechte Licht stellte, welche bei den in Istria
Quecksilbergewinnung beschäftigten Arbeitern von Prof. Herma
zum Beweise des Gegenteils gesammelt worden waren [2]. N
ihm hat Kussmaul die Symptome der Merkurialvergiftung
den Arbeitern in den Spiegelmanufakturen zu Fürth und
langen genau studiert und den syphilitischen Affektionen geg
über gestellt. In seiner epochemachenden Arbeit hebt der V
hervor, dafs die gewöhnliche Form der merkuriellen Stomat
durch Syphilis niemals hervorgerufen wird. Denn ausgedeh
und tiefgreifende Zerstörungen kommen bei Hydrargyrose nur
Folge einer eiterigen Entzündung der Zunge zu stande, währ
sie bei Syphilis von um sich fressenden Geschwüren ausgeb
Diese aber haben stets einen andren Lieblingssitz und einen
dren Verlauf als die Quecksilbergeschwüre. Verschwärte Pap
und Geschwüre mit ausgesprochenem, harten Grunde finden s
nur auf syphilitischer Grundlage [3]. Arbeiten von Overbeck
sowie von Procksch [5] haben die Unterschiede zwischen M
kurialismus und Syphilis noch weiter festgestellt.

Husemann stellt nun nach Untersuchungen bei nicht
fizierten Arbeitern, welche vielfach mit Quecksilber umzugeh
gezwungen sind, das Symptomenbild der merkuriellen Zung
affektion folgendermafsen dar [6]. Im Beginne der Quecksilb
wirkung zeigt sich die Zunge mit einer schmierig schmutzig
weifsen Schleimschicht umsäumt, sie ist geschwollen und ze
die Eindrücke der Zähne. Steigert sich die Affektion, so schw
die Zunge weiter und wird in einigen Fällen selbst aus d
Munde herausgetrieben. Durch Abstofsung des weifsen Bela
bilden sich dann seichte Geschwüre, die gezackt erscheinen,
regelmäfsige Ränder besitzen und eine livide, selbst kupferr
Umgebung haben. Noch später greifen die Geschwüre tief
haben einen gelblichen Grund und können dann wohl auf d
ersten Blick mit syphilitischen Geschwüren verwechselt werd
Nehmen wir jedoch die gleichzeitig auftretenden Erscheinung
des Merkurialismus hinzu, nämlich den intensiven, abscheulich
Gestank aus dem Munde, den Speichelfluſs, das meist gleichzeiti
Auftreten von Geschwüren in der Mundschleimhaut, die bläulic
Färbung des Zahnfleisches, das Lockerwerden und Ausfallen d

Zähne, so bietet dies alles einen Symptomenkomplex dar, der die Unterscheidung von syphilitischen Geschwüren nicht schwer fallen läfst. — Freilich wird dieses Gesamtbild einer hochgradigen Stomatitis heute bei der medikamentösen Anwendung des Quecksilbers nur äufserst selten und in Ausnahmefällen beobachtet, denn die schreckenerregende Art und Weise, in der LOUVRIER und RUST seiner Zeit die Schmierkur anwandten, ist längst verlassen. Damals gebot weder Salivation und der pfundweise abgesonderte blutige Speichel, noch die mächtige Schwellung der Zunge der weiteren Anwendung des Quecksilbers Einhalt. So entstand ein Zustand, den nach ABERCROMBYS Ausspruch viele für schrecklicher erachteten als eine Amputation oder selbst als den Tod [7]. Heute geht das Bestreben eines jeden Arztes bei Durchführung einer Schmierkur dahin, den Patienten durch Aufenthalt und Bewegung in frischer Luft, durch Bäder, geeignete Mundwasser und durch zeitiges Aussetzen der Quecksilbermittel vor dem Auftreten der Mundaffektionen und des Speichelflusses zu bewahren. Jeder hält dieses Ereignis für eine die Behandlung und Genesung schädigende Komplikation. Bei einer vorsichtigen Beobachtung des Kranken kündigen sich dem Arzte gelegentlich auftretende merkurielle Affektionen der Zunge sowie der Mundhöhle überhaupt, durch eine metallische Geschmacksempfindung im Munde, durch Stumpfwerden der Zähne, Gefühl von Trockenheit im Munde, bläuliche Verfärbung und Entzündung des Zahnfleisches zeitig an. Es kann jedoch auch einmal die Reihe der merkuriellen Mundaffektionen mit einer parenchymatösen Glossitis von vornherein beginnen, doch gehört dies zu den gröfsten Seltenheiten [8]. Treten bei diesen merkuriellen Affektionen Substanzverluste an der Zunge auf, so werden sie als unregelmäfsige, buchtige mit gräulichem Belage bedeckte Geschwüre beschrieben, welche namentlich an denjenigen Stellen zu entstehen pflegen, wo das ohnehin schon geschwollene Organ einem Drucke von seiten der Zähne ausgesetzt ist [9]. In noch höherem Grade, wie an einer gesunden Zunge, können kantige Zähne und Wurzeln die Veranlassung bilden, dafs aus einer umschriebenen, harten Entzündung der Zunge schliefslich tiefgreifende Substanzverluste hervor-

gehen, und diese können in einigen Fällen sogar eine narbige Verwachsung der Zunge mit dem Boden der Mundhöhle zur Folge haben [10]. — Abgesehen von ihrem Sitz, am Rande der Zunge, kann eine solche tiefgehende geschwürige Zerstörung dem Zerfalle eines Gummas sehr ähnlich sehen, und Täuschung veranlassen [11].

Geschwüre der Zunge werden durch folgende Momente als merkurielle gekennzeichnet: Einmal durch die seichte Beschaffenheit der akut auftretenden Geschwüre, welche von einem entzündeten Hofe, aber nicht von einer Verhärtung des Gewebes umgeben sind, sodann durch die Unregelmäfsigkeit ihrer Form und durch ihre Lage, entsprechend dem Drucke der Zähne gegen die Zunge. Die gleichzeitig vorhandene Schwellung und der starke, gegen die Ränder hin abnehmende, weifse Belag der letzteren, die nie fehlenden Affektionen der Mundschleimhaut, der bläuliche Rand des Zahnfleisches, Angina, Geschwüre an den Mandeln, Speichelfluſs und der enorme Gestank des Atems lassen die Diagnose nicht schwer erscheinen [12]. Erwähnen wir noch die Störungen des Allgemeinbefindens, welche die merkurielle Stomatitis und Glossitis zu begleiten pflegen, so wird das Bild derselben vollständig gegeben sein. Diese bestehen in grofsem Durst, welcher den Kranken um so mehr quält, als das Schlucken ihm grofse Beschwerden verursacht, in Erhöhung der Herz- und Lungenthätigkeiten, welche oberflächlich und behindert ist.

Ein Individuum neigt mehr zu diesen Affektionen als ein andres. Kinder vertragen verhältnismäfsig grofse Mengen Quecksilber. Doch auch hier mufs Vorsicht obwalten, da Fälle berichtet sind, in welchen der Tod durch merkurielle geschwürige Zungenentzündung eintrat, und zwar nach mäfsigen Gaben [13].

Für das diagnostische Verhalten der merkuriellen Geschwüre an der Zunge haben wir den Sitz, ihr Aussehen und die Begleiterscheinungen im Auge zu behalten. So kann in Übereinstimmung mit allen Autoren nur bestätigt werden, dafs dieselben stets an der Unterfläche der Zunge oder an den Rändern derselben sitzen. In seltenen Fällen liegt jedoch ein einzelnes Geschwür weit

nach hinten am Übergange der Gaumenbögen in die Zunge, ohne dafs andre merkurielle Erscheinungen im Munde vorhanden sind. Ein solches Geschwür wird dann erst bei weitem Herausziehen der Zunge und Entfernung der Wange vermittelst des Spatels sichtbar und gibt sich als die Ursache der bedeutenden Schling- und Halsbeschwerden zu erkennen, an denen der Patient seit Bestehen desselben gelitten hatte. Die grofse Schmerzhaftigkeit kennzeichnet überhaupt die nur oberflächlichen merkuriellen Defekte an der Zunge, welche mit grau-grüner Masse bedeckt sind. Schwellung der Zunge und der aashafte Geruch des Atems sind stets vorhanden. Alle diese Geschwüre heilen rasch beim Aussetzen des Merkurs und bei Touchieren mit Höllenstein. Sie pflegen aber auch eben so leicht wieder aufzutreten bei langem Aufenthalte des Kranken in engen Räumen und Betten, die vielfach mit Quecksilber in Berührung kamen, und bei vorhandener Unlust oder Unvermögen desselben sich in frischer Luft zu bewegen. Der Speichelflufs und Anschwellung der Speicheldrüsen begleiten die merkuriellen Geschwüre in den allermeisten Fällen und sind charakteristisch für sie, ausgenommen einige wenige Fälle von Syphilis, die ebenfalls von diesen Symptomen begleitet sein können.

Scheint somit die Erkennung eines Zungengeschwüres als von dem Gebrauche eines Quecksilberpräparates herrührend für die meisten Fälle nicht schwierig, so gibt es doch einige seltene Fälle, über deren Natur Zweifel obwalten darf. Ehe auf diese eingegangen wird, soll der Läsionen der Zunge auf syphilitischer Grundlage gedacht werden, denn zwischen ihnen und den eben erwähnten ist eine Verwechslung am leichtesten möglich. — Jedes Stadium des syphilitischen Allgemeinleidens kann von Zungenaffektionen begleitet werden, doch sind sie eine der häufigsten Begleiterscheinungen sekundärer und tertiärer Spätformen der Syphilis. Primäraffektionen der Zunge kommen selten vor, denn in den meisten Fällen von Mundschanker sind Lippen, Tonsillen und Gaumensegel der Sitz des Geschwüres. Weber, Berkley Hill erwähnen primäre Geschwüre der Zunge. Sie sind nicht verschieden von Geschwüren der Art an andern Körperteilen, meist begleitet von Schwellung der Sublingual- und Sub-

maxillardrüsen und gefolgt von einem Allgemeinausbruche Syphilis. Eine Verwechslung mit merkuriellen Affektionen also gar nicht in Frage kommen.

Am häufigsten vorkommend und am genauesten beschri sind die Geschwüre der Sekundärsyphilis, welche durch den Z von Papeln oder Kondylomen an den Zungenrändern entst Diese können die verschiedenste Ausdehnung erreichen, je nac die kondylomatöse Wucherung an Ausbreitung zunimmt. S obachtet man leichte Exkoriationen der Oberfläche dieser Ge welche leicht bluten und viel weniger empfindlich sind als merkuriellen Defekte. Zerfällt eine solche in stetem Fortschr begriffene Wucherung in ihrem zentralen Teile, so dehnt das Geschwür entsprechend aus. —

Zwischen den Wucherungen, welche von den Papillis va ausgehen und oft bis nahe zur Zungenspitze und den Zu rändern reichen, dann konfluieren und der Zunge das Aus einer Krötenhaut verleihen [14], können Spalten und Fissuren stehen, auf deren Boden sich dann ausnehmend schmerz Ulcerationen entwickeln. Erreicht das Übel einen noch höh Grad, wie es die Abbildungen von Kaposi [15] und Butlin darstellen, so sind die flachkolbigen Höcker durch tiefere seichtere, oft blutende, suffundierte, eiterige Spalten zerkl und durch hier und dort zerstreute runde, unregelmäfsige, ti und seichtere Geschwüre von graugelbem oder blutendem Gr unterbrochen.

Eine weitere Form von Geschwüren bei der Sekundärsy lis entwickelt sich auf dem Boden der Plaques muqueuses, mentlich wenn dieselben länger bestanden haben, so dafs sie wenig hervorragen und die unterliegende Schleimhaut und n nur das Epithel der Zunge verdickt ist. Diese Geschwüre sitzen dann noch den sie charakterisierenden weifsen Rand, Rest der früheren Plaques, haben keine entzündete Umgebung lassen bei Zufühlen eine gewisse charakteristische Härte erken

Abgesehen von diesen veranlassenden Momenten zur schwürsbildung können auch durch blofse Desquamation Epithels, wozu die Zungen syphilitischer Kranken ganz beson zu neigen pflegen, kleine Geschwüre entstehen von roter oder

licher Farbe, die gegen jeden mechanischen, chemischen oder thermischen Reiz äufserst empfindlich sind. Diese nehmen an den Rändern und der Spitze der Zunge meist eine vertikale, längliche Gestalt an.

Alle die beschriebenen Formen können durch Reibung an den Zähnen, namentlich wenn dieselben kariös und mit spitzen Hervorragungen versehen sind, eine hochgradige Steigerung der geschwürigen Zerstörung erfahren. Sie erscheinen dann oft spaltenförmig und sind von unregelmäfsigen, unterminierten Rändern umgeben, besitzen einen leicht blutenden, roten oder eiterig belegten, graugelben Boden. Diese können dann unter Umständen den ganzen Rand der Zunge einnehmen und sind die Veranlassung der heftigsten Qualen für den Patienten, so oft die Zähne mit den Geschwüren aufs neue in Berührung kommen. Gleichwie bei hochgradigem Merkurialismus ist jede Bewegung der Zunge gehindert, der Mund bleibt geöffnet, weil die geschwollene Zunge keinen Raum innerhalb der Zahnreihe findet, und der Speichel fliefst ungehindert aus dem Munde [16].

Ehe jedoch auf die unterscheidenden Merkmale beider Geschwürsarten eingegangen wird, müssen zuvor die geschwürigen Zerstörungen des späteren syphilitischen Stadiums (III. S.) erwähnt werden. Die klassischen Arbeiten von Farilie Clarke [13], Fournier [17] und Butlin [12] sollen der Beschreibung als Grundlage dienen.

Nach Fournier werden die tertiären Affektionen der Zunge eingeteilt einmal in oberflächlich oder tief liegende Sklerosen, sodann in oberflächlich und tief liegende, intermuskuläre Gummata der Zunge.

Die oberflächliche Sklerose besteht aus einer umschriebenen Verdickung oder Verhärtung von runder oder ovaler Form, welche sich durch ihre dunkle oder kirschrote Farbe von der umgebenden Schleimhaut abhebt. Die Oberfläche dieser, sich wie Pergamentscheiben anfühlenden Stellen ist glatt und trocken, oft glänzend, im Vergleich mit dieser Stelle wie mit einem Firnis überzogen. Die sie umgebende Schleimhaut bietet dann oft ein zottiges Ansehen. Auf diesen harten Stellen entstehen Defekte verschiedenster Gröfse, von Linsengröfse bis zu einer Ausdehnung, welche den gröfseren

Teil des Zungenrückens einnehmen. Die tiefe Sklerose der Zunge, welche bereits in der Muskulatur derselben ihren Sitz hat, veranlafst meistens eine bedeutende Vergröfserung des ganzen Organs mit vorspringenden, warzigen Erhebungen seiner Oberfläche. Diese Erhebungen oder Lappen sind dann durch tiefe Spalten getrennt, welche gerade oder gebogen und errodiert oder verschwärt zu sein pflegen. Das Aussehen einer solchen Zunge nähert sich dem Bilde, wie es von Schwimmer [18], Nedopil [27] und Kaposi als Psoriasis linguae beschrieben ist. — Gleichwohl sind bei letzterer tiefgreifende Geschwüre selten und befinden sich dann nur in den tiefen und breiten Längsfurchen der Zunge, während die Zwischenfelder glatt grau und von dicken Epithelschwarten bedeckt sind, aus denen an verschiedenen Stellen die Papillen als rote Punkte hervorragen. Bei der tiefen Sklerose kann die gleichmäfsig verhärtete Zunge, ohne eine getrennte Anschwellung erkennen zu lassen, in der Mitte tief gespalten sein. Auf dem Boden der Spalte und meist auch am Rande der Zunge finden sich Geschwüre [19].

Der Zerfall der oberflächlichen, in der Schleimhaut der Zunge liegenden Gummata, oft von Kirschkerngröfse und dicht aneinander gelagert, bildet die Veranlassung zu Substanzverlusten, welche einen scharf geschnittenen, senkrechten Rand haben aber keine entzündete Umgebung. Kurz nach der Eröffnung ist die Mündung meist enger als der Grund, welcher mit einem bröckelig eiterigen Belage bedeckt zu sein pflegt. Die in der Muskulatur der Zunge liegenden Gummata sind umfangreicher, greifen aber von hier bald bis in die Schleimhaut der Zunge hinüber. Oft findet man 4—7 in einer Zunge, darunter solche von Haselnufsgröfse. Sind sie erweicht, so eröffnen sie sich zuerst durch ein enges Loch, welches sich nach und nach erweitert, und es kommen dann tiefe Substanzverluste zu stande, deren Gröfse nach dem Anblick der kleinen Ausflufsöffnung nicht einmal vermutet werden konnte. Je nach dem Sitze des Geschwüres können bedeutende Gestaltveränderungen der Zunge entstehen, von denen nur die Atrophie einer Hälfte und die Spaltung der Zungenspitze nach Art der Schlangenzungen erwähnt werden sollen [13 (Abb. pag. 152)]. —

In dem oft sehr späten Auftreten der Zungengummata liegt

noch eine Hauptschwierigkeit für ihre Erkennung. So berichtet Pellizari [20] über ein Zungengumma 43 Jahre nach der Infektion. Auch bestehen dieselben oft lange Jahre hindurch. Hutchinson erwähnt die Krankheitsgeschichte einer Frau, an deren Zungenrande sich ein Geschwür von der Gröfse eines Schillings seit bereits fünf Jahren befand, welches sich durch seine scharf geschnittenen Ränder und zwei aneinander liegende runde Verhärtungen als aus einem Gumma entstanden erwies, was durch die Krankengeschichte und eine erfolgreiche Behandlung mit Jodkali des weiteren erhärtet wurde [21].

Ebenso ist das, wenn auch seltene, Vorkommen der Zungengummata bei hereditärer Syphilis zu beachten. Fairlie Clarke [13] erwähnt derselben an den Zungen hereditär-syphilitischer Kinder, Drysdal [22] bei einem bereits 16 Jahre alten Mädchen, mit allen Zeichen hereditärer Syphilis. Lloyd [23] führt ein hereditär belastetes 18jähriges Mädchen an, welches seit zwei Jahren an Zungengeschwüren litt. Von diesen safs eines am linken Rande der Zunge, war tief, unregelmäfsig mit scharfen Rändern und gelbem Grunde versehen und mit einer allmählich in die übrige Zunge übergehenden Verhärtung umgeben. Ein andres von gleicher Beschaffenheit lag in der linken Hälfte der Zunge und ein weiteres am rechten Zungenrande.

Berücksichtigt man nun die klassischen Merkmale der syphilitischen Zungengeschwüre, so findet man bei ihnen nur sehr selten eine Schwellung der ganzen Zunge; ihre Ränder sind hart infiltriert und tragen oft die Merkmale des Ursprunges des Geschwüres (Papel oder Plaque); sie besitzen nur bei besonderer Veranlassung eine entzündete Umgebung. In weitaus den meisten Fällen lassen die Anamnese und andre syphilitische Begleiterscheinungen die Diagnose mit Sicherheit stellen. Zwar besitzen die einzelnen Symptome einen unterschiedlichen Wert. Denn bei vorsichtiger medikamentöser Anwendung des Quecksilbers treten die Mundaffektionen nicht immer in stürmischer Weise mit bedeutender Zungenanschwellung und als Speichelfluſs hervor. Oft macht sich nur eine vereinzelte Loslösung der Schleimhautoberfläche oder eine teilweise Verfärbung derselben bemerkbar, und es ist dann nicht immer mit Bestimmtheit zu sagen, ob man es

mit Hydrargyrose und erloschener Syphilis, ob mit chronischer Syphilis und verschwundener Wirkung des Quecksilbers, oder mit einem Nebeneinanderbestehen beider zu thun hat. So können einmal an einer an und für sich hypertrophischen Zunge, welche vielfach eingerissen und mit tief eindringenden, oft am Grunde geschwürigen Spalten durchzogen ist, die eine hochrote Farbe hat und auf diesem roten Grunde reichlichen Epithelialdetritus produziert, im Laufe der Behandlung neue Geschwüre auftreten. Hier wird der erste Augenblick nicht entscheiden können, ob man diese dem Einflusse der Syphilis oder des Quecksilbers zuschreiben soll.

Speichelfluſs ist zwar ein hauptsächliches Symptom der Quecksilberwirkung. Aber bei syphilitischen Nekrosen des Kieferrandes, Geschwüren von atonischem Charakter am Zungenrande, ja auch bei Tabes kann eine enorm vermehrte Speichelsekretion gelegentlich beobachtet werden [24]. So kann also nur in den allerseltensten Fällen einmal ein Zweifel über die Art eines merkuriellen oder syphilitischen Geschwüres entstehen. Reumont gibt an, daſs unter 105 Fällen syphilitischer Mundaffektion an der Zunge auftraten: weiſse Flecke 10 mal, Plaques muqueuses 20 mal, Geschwüre 5 mal. Aufserdem wird angegeben, daſs die Zunge noch 11 mal syphilitisch und merkuriell zu gleicher Zeit erkrankte, unter denen sich jedoch drei als sicher merkuriell erwiesen. Es bleiben somit immerhin acht über, bei denen die Diagnose erst im späteren Verlaufe der Behandlung sicher gestellt werden konnte. —

Als vorzügliches diagnostisches Hilfsmittel dient in zweifelhaften Fällen die Zeit und das Aussetzen des Quecksilbergebrauches. Es heilen die merkuriellen Geschwüre in kurzem, während die luetischen entweder in ihrem alten Zustande verharren oder sich verschlimmern. Kann man die Ausscheidung des Quecksilbers durch eine Steigerung des Stoffwechsels, also durch Bäder, Douchen und den inneren Genuſs von Thermalwasser beschleunigen, so wird man um so eher in der Lage sein, eine Entscheidung zu treffen und die entsprechende Behandlung einzuleiten. Oft können merkurielle Geschwüre in 3—4 Tagen geheilt und eine entsprechende Abschwellung der Zunge eingetreten

sein. — Gegen das Touchieren mit Argentum nitricum in Substanz verhalten sich merkurielle und syphilitische Geschwüre verschieden. Erstere heilen sehr schnell nach diesem Verfahren, letztere zeigen eine Verschlimmerung oder bleiben unverändert. Dagegen bringt verdünnte Chromsäure die syphilitischen Geschwüre rasch zur Vernarbung und ist zu diesem Zwecke bereits von J. PAGET [26] empfohlen. Man wird wohl nie in die Lage kommen, durch den Nachweis von Quecksilber im Harne oder den Fäces einen Verdacht auf merkurielle Entstehungsursache der Geschwüre bestätigen zu müssen. —

Durch ihr therapeutisches Verhalten läfst sich also die Natur beider Geschwürsarten stets endgültig feststellen.

Litteratur.

1. Jos. HERMANN. *Medicinische Studien.* 1855.
   — *Behandlung der Syphilis ohne Merkur.* 1857.
   — *Nachtheile der Merkurialkur.* Wien 1859.
2. VIRCHOW. Über die Natur der constitution. syph. Affektionen. *Archiv f. path. Anatom.* Bd. XI. 3. u. 4. Heft.
3. KUSSMAUL. *Untersuchungen über den constitution. Merkurialismus und sein Verhältnifs zur const. Syphilis.* Würzburg 1861.
4. OVERBECK. *Merkur u. Syphilis.* Berlin 1861. pag. 80 ff.
5. PROCKSCH.
6. HUSEMANN. *Spezielle Toxikologie.* Berlin 1862. pag. 886.
7. BÄUMLER. Syphilis. *Ziemssens Handb. der spec. Pathol. u. Therapie.* III. Band.
8. HERVIEUX. Glossite parenchymateuse mercurielle. *Bulletin de therapeut.* 30. April 1858.
9. WEBER. PITHA u. BILLROTH, *Handbuch der Chirurgie.* Bd. III. 1. Abth. 1. Liefg. pag. 319.
10. CORNIL et RANVIER, *Manuel d'Histologie pathologique.* II. Bd. pg. 210—211.
11. FOURNIER. Erkrankungen, welche den Affektionen der Zunge in Folge von tertiären Formen der Syphilis ähnlich sehen. *Gaz. hebdom. de medic.* 1874. No. 43.
12. HEINR. T. BUTLIN. *Krankheiten der Zunge.* (Deutsche Übers.) Wien 1887. pag. 84.
13. W. FAIRLIE CLARKE. *A Treatise of the diseases of the tongue.* London 1873.
14. A. FOURNIER. *Leçons cliniques sur la Syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme.* Paris 1881. pag. 435.
15. M. KAPOSI. *Die Syphilis der Haut u. angrenzenden Schleimhäute.* Wien 1874. pag. 129. 178.

16. Lesser. *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.* II. Teil.
17. A. Fournier. *Des Glossites tertiaires. Leçons professées.* Paris 1877.
18. Schwimmer. Leukoplakia linguae. *Vierteljahresschr. f. Dermatologie u. Syphilis.* IV. Jahrg. 1877. 4. Heft. Tafel IX.
19. Poor. *Lancet.* 1880. I. 4. Jan. pag. 129.
20. Pellizzari. *Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis.* 1885. 2. Heft 1. Hälfte. pag. 377.
21. Hutchinson. *Lancet.* 1879. I. 9. März. pag. 289.
22. Drysdal. *Medic. Press and Circular.* May 19. 1875.
23. Lloyd. *Lancet.* 1883. 1. 636.
24. B. Brandis. *Grundsätze zur Behandlung der Syphilis.* Berlin 1879.
25. Reumont. *Beiträge zur Pathologie und Therapie der Syphilis.* Erlangen 1864.
26. Paget. *On the diagnosis and treatment of ulcers of the tongue. Canstadts Jahresbericht.* 1858. 3. pag. 323.
27. Nedopil. Über die Psoriasis der Zunge und Mundschleimhaut. *Langenbecks Archiv.* Band XX. pag. 324.

Referate.

J. Rabl. **Über Lues congenita tarda.** Leipzig-Wien, Toeplitz & Deuticke. 1887. 8°. 116 Seiten.

Dies Buch enthält möglichst genaue Daten über 127 von Rabl beobachtete Fälle von Lues congenita tarda sensu strictiori. Ist es schon von besonderem Werte, einem einzigen Beobachter diese Anzahl zu verdanken, so ist dies bei der gewissenhaften Untersuchung Rabls, der im Sommer als Landesbadearzt in Hall (Oberösterreich) das dortige Kinderspital (zwischen 70 und 80 Betten, soweit Referent sich aus seinen persönlichen Besuchen daselbst erinnert) und Armenspital unter sich hat, im Winter in Wien praktiziert, von desto gröfserer Bedeutung. Für den Praktiker ist eine Fülle der belehrendsten Bemerkungen in kurzer gedrängter Sprache in dem übersichtlich angelegten Buche. Fühlen wir uns auch nicht berufen, aus jedem Buche einen Rezeptextrakt zu bringen, so wollen wir doch nicht unerwähnt lassen, dafs sich Rabl die Formel:

℞ *Kalii* od. *Natrii jod.* 10,0
Aq. dest. 200,0
Extr. Bellad. 0,1—0,15

zur Verhütung der unangenehmen Wirkung des Jods auf die Schleimhaut der Respirationswege sehr bewährt hat. Was die wissenschaftliche Seite des Buches betrifft, so beschränkt sich Referent hier auf die Notiz, dafs er nicht der Ansicht Riehls ist (cfr. Riehls Kritik des Rablschen Buches in der *W. med. Wochenschr.*). — Vier graphische Tabellen und zwei ausführliche Übersichtstabellen der 127 Fälle des Autors begleiten das Werk.

München. Pauly.

Alois Monti. **Studien über das Verhalten der Schleimhäute bei akuten Exanthemen.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde.* N. F. VI.)

1. Morbilli. 165 genau beobachtete Fälle werden vom Verf. zum Studium der Schleimhauterkrankung bei Masern verwendet.

2. Scarlatina. Verf. bespricht die verschiedenen Formen der Angina, deren exanthematische Natur er besonders hervorhebt. Die Angina ist das erste, wesentlichste, niemals fehlende Symptom der Scarlatina. Die erythematöse Form ist charakteristisch durch ihre scharfen Konturen. Die maligne Angina scarlatinosa besteht in parenchymatöser Entzündung der Tonsillen und des Zellgewebes, welche in Abscedierung oder Gangrän übergehen kann. Die schon von andern widerlegte Ansicht Trousseaus, dafs die Scharlachdiphteritis im Gegensatz zu der idiopatischen sich nie auf den Kehlkopf erstreckt, widerlegt auch der Verf. Er unterscheidet drei Formen: die einfach umschriebene Rachendiphteritis, die diffuse Rachendiphteritis und die septische Diphteritis.

Hamburg. Fink.

Brandt. **Zur Ätiologie des Lupus vulgaris.** Inauguraldissertation. Jena 1887.

Mit fast erschöpfender Berücksichtigung der Litteratur bekräftigt der Verf. den Satz, dafs der Lupus eine Form der Hauttuberkulose ist. Für diese Wahrheit sprechen alle klinischen, mikroskopischen und bakteriologischen Thatsachen.

Hamburg. Fink.

F. Haegele. **Ein Fall von Papilloma neuropathicum frontis.** Inauguraldissertation. Würzburg 1886.

Bei einem 43jährigen Manne zeigte sich eine Geschwulst, welche an der Nasenwurzel begann und fast die ganze Stirn einnehmend sich bis über die Grenze zwischen Stirn- und Scheitelbein hinaus erstreckte. Die Begrenzung bildeten konvex-symmetrisch zu beiden Seiten der Mittellinie angeordnete Bogenlinien. Die Geschwulst, welche also dem Verbreitungsbezirk der beiden Nn. frontales aussprach, entstand in frühester Kindheit des Patienten in Form mehrerer kleiner Knoten.

Hamburg. Fink.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Österreich.

Ein Fall von halbseitiger Neuritis spinaler Äste bei recenter Lues, von Ehrman. (Aus der Klinik des Prof. Neumann.) *Wr. med. Blätter.*

1886. No. 46 u. 47.) Ein Mann, der vielfache Erscheinungen recenter Lues an sich trug, erkrankte an einer Neuritis, welche die Nn. ulnaris, cutaneus medius und medianus betraf, und welche sich infolge einer antisyphilitischen Medikation besserte.

Über die verschiedenen Reproduktionsherde des syphilitischen Virus, von Prof. J. Neumann. (*Wr. med. Wochenschrift.* 1887. No. 8. u. 9.) Verf. sucht den Nachweis zu liefern, dafs auch an scheinbar ganz gesunden Stellen der Haut und der Schleimhaut syphilitischer Individuen, selbst wenn klinisch keine Erscheinungen zu sehen sind, nach Monaten und selbst nach Jahren mikroskopische Gewebsveränderungen zu konstatieren sind. Aufser der Sklerose und den Lymphdrüsen gibt es also noch zahlreiche über grofse Körperflächen zerstreute Herde, in welchen das an Exsudatzellen gebundene Kontagium monate- und selbst jahrelang haften bleiben kann.

Hamburg. Fink.

Zur Kenntnis des Harnfiebers, von Obalinski. (*Wr. medic. Wochenschr.* No. 27. 1887.) Diese von den Deutschen wenig beschriebene Krankheit erwähnt Velpeau zuerst und sodann Civiale als in einer chronischen Form auftretend. Nun entstand unter den Autoren eine Kontroverse, da die einen sie als eine durch Resorption des Harnes aus Blase und Urethra, die andern als eine durch unterdrückte Ausscheidung gewisser Stoffe in die Harnwege verursachte Krankheit bezeichnen. Endlich soll sie nach einigen Autoren infolge einer anatomischen Veränderung in den Nieren oder infolge gewisser, auf reflektorischem Wege in denselben vorgehender Störung der Sekretion entstehen.

Roser neigt letzterer Ansicht zu (Reflexaktion durch Stenose), Esmarch Nierenreizung.

Gujot unterscheidet drei Formen: 1. akutes, 2. recidivierendes und 3. chronisches Harnfieber. Er bestreitet die Krankheit als eine Resorptionskrankheit und schlägt den Namen „Harninfektion" vor.

Guyon bezeichnet einige Krankheiten als solche, die dem Harnfieber sehr ähnlich sind. 1. Nephritis interstitialis acuta, 2. Nephr. interstit. chron. 3. Intermittens, 4. Pyämie.

Nach Obalinskis Beobachtungen war 1. in fast allen Fällen von Harnfieber Striktur der Urethra. (Nur in einem war durch Litholapaxie eine Stenosierung und Läsion der Schleimhaut.)

2. In einem Falle bei Striktur und Tripper trat wenige Stunden nach Bougierung der Fieberanfall ein. Ein permanent liegender Katheter liefs keinen zweiten Anfall erfolgen.

3. In diesem Falle sowohl, als auch in andern, wo gleich nach den Anfällen eine Härte einer Drüse sich zeigte, welche in Eiterung über-

ging, sprechen diese Symptome für Eindringen des Urins in eine Wunde als Ursache der Anfälle.

4. Je gröfser das Hindernis der Urinentleerung, desto stärker der Anfall. O. ist dafür, einen Katheter von mittlerer Stärke liegen zu lassen.

5. Ein akuter isolierter Fieberanfall kann spontan entstehen und der Entwickelung der Harninfiltration vorangehen. Hierfür wird ein Krankheitsfall mitgeteilt.

6. Es wird endlich ein Fall citiert, bei welchem nach Litholapaxie mehrfache Schüttelfröste mit dem Charakter eines Intermittens auftraten. Die im Perineum auftretende Geschwulst macht die Diagnose klar. Ein eingeführter permanenter Katheter stellte den Kranken rasch wieder her.

Alle diese Fälle beweisen O., dafs das Harnfieber ein Resorptionsfieber ist und zwar durch Resorption des Urins hervorgerufen wird.

Beriberi, von Weintraub. (*Wr. Mediz. Wochenschr.* 1887. No. 23, 24, 25, 29, 30.) Beriberi ist eine Krankheit des niederländisch-ostindischen Archipels, welche mit der von Schrute, Wernich, Baelz und andern beschrieben „Koke" der Japaner in vielen Punkten übereinstimmt.

Die Dauer des Stadium prodromorum dieser Krankheit ist nicht festzustellen, da die Patienten erst mit der völligen Entwickelung der Symptome zum Arzte gehen. Nach übereinstimmendem Urteile aller Autoren bestehen die Prodrome in allgemeiner Mattigkeit, Unlust zur Arbeit und Schmerzhaftigkeit der unteren Extremitäten. Jede Anstrengung bringt geringes Herzklopfen und Atemnot hervor. In der darauf folgenden Krankheitsperiode unterscheidet man zwei Formen: die paralytische oder trockene, und die hydropische. Beide Formen können sich im Verlaufe kombinieren. Die ausgesprochenen Symptome des Beriberi sind Erscheinungen einer gestörten Funktion der peripheren Nerven und Zirkulationsstörungen. Beide Symptomenkomplexe treten entweder nacheinander, bald die eine, bald die andre Reihe zuerst auf, oder miteinander kombiniert.

1. Die hydropische Form befällt meist gut genährte Individuen. Die Schleimhäute sind blafs, besonders die Conjunctivae. Die Lippenschleimhaut ist livid gefärbt. Zuerst tritt Ödem der Knöchel und des Fufsrückens auf, und dies nimmt dann nach oben hin zu. Selten tritt auch Ödem des Skrotums ein, (so dafs dasselbe bis zur Kindskopfgröfse anschwillt); eine starke Ödemanschwellung des Gesichtes hat Verf. im Gegensatz zu van Zeent nie beobachtet. Schon bei dieser Form ist eine auffällige Schwerfälligkeit der Gangart zu bemerken. Dieselbe erhält jedoch einen ganz spezifischen Charakter, wenn der neurotische Symptomenkomplex hinzutritt.

Die Gangart wird folgendermafsen beschrieben: „Mühselig hebt der Kranke sein Bein und hält die Kniee in Beugestellung, die Fufssohle wird nicht vom Boden entwickelt, sondern der Fufs wird mittels einer starken

Beugung im Knie plötzlich vom Boden abgehoben; nach einiger Zeit läfst der Patient den Fufs, der eine Spitzfufsstellung angenommen, fallen und berührt den Boden zuerst mit den Zehen, darauf mit der ganzen Planta pedis. v. ZEENT vergleicht diese Gangart mit einer einen Sumpf mühselig durchwatenden Person . . . ." In diesem Stadium bestehen bereits auch Sensibilitätsstörungen.

Im Anfange sind in den serösen Häuten nur geringe Mengen Exsudat. Vermehrt sich dasselbe, so ist dies ein sehr schlechtes prognostisches Zeichen, und die Krankheit führt zum Tode. Die Symptome der Auskultation und Perkussion der Lunge sind im Anfange negativ, gegen den weiteren Verlauf treten Stauungserscheinungen infolge der hydropischen Ausschwitzungen auf, so Hydrothorax, Atemnot, Cyanose etc., auch stärkere Pulsation der Gefäfse der Halsgegend. Viel charakteristischer sind gleich im Anfange die Symptome des Herzens. Vermehrte Herzaktion, verbreiteter Herzstofs und vergröfserte Herzdämpfung nach allen Richtungen. Sehr häufig hört man am Herzen blasende Geräusche, die Klappenfehler vortäuschen können, denselben aber niemals beim Beriberi entstammen. Tritt Herzbeutelwassersucht hinzu, so sind die Töne natürlich sehr undeutlich. Der Puls ist der Herzveränderung entsprechend. Anfangs nur frequent, sodann klein, unregelmäfsig, selbst intermittierend.

Die Organe des Unterleibs sind im Anfange nicht verändert, der Appetit und Stuhlgang gut. Bei vermehrtem Hydrops wird der Stuhl träger und der Appetit schlecht. Das Erbrechen wird von SIMMONS und VAN ZEENT als ominöses Zeichen des letzten Stadiums bezeichnet. Verf. und LODEWYKS haben dasselbe nicht beobachtet.

Trotz grofsen Durstes und entsprechend konsumierter Wassermengen ist die Diurese vermindert, der Urin dunkel gefärbt und reich an Urates. Das spezifische Gewicht jedoch ist bald normal, bald höher. Eine retentio urinae tritt nur vorübergehend auf. Urämische Anfälle wurden nicht beobachtet. Über Eiweifs sind die Angaben widersprechend. Verf. hält es für ein sehr seltenes Vorkommnis. Incontinentia alvi et vesicae sind sehr selten im agonalen Stadium. Vorübergehend kann eine Resorption des Hydrops eintreten, meist aber nur auf kurze Zeit, worauf dann eine bedeutende Verschlimmerung folgt.

Aufser WERNICH und SCHÜTTE hat kein Beobachter Hämorrhagien der Retina beobachtet.

2. Die trockene, paralytische Form. Tritt zu dieser die hydropische hinzu, so kann im Anfange der Kombination ein Zurückgehen der nervösen Störungen beobachtet werden. Bei der rein paralytischen Form haben die Kranken ein kachektisches Aussehen, die Muskeln sind im Zustande der Atrophie. Die Symptome der Parese haben bald einen raschen, bald einen langsamen Verlauf. Im ersteren Falle erinnert der Gang und das Stehen an die Ataxie der Tabiker (besonders bei geschlossenen Augen).

Langsam oder plötzlich geht die Parese in Paralyse über. Verf. hat eine Paralyse der oberen Extremitäten nie beobachtet, doch wird diese sowohl als auch Larynx- und Pharynxlähmung von andern Autoren beschrieben. Die Beriberikranken haben auch abnorme Sensibilitätsstörungen (Ameisenlaufen, Schmerzen in den Waden, Hyperästhesie). Verlust des Ortsgefühls, jedoch Integrität des Temperatursinnes. Im Anfange besteht eine Herabsetzung der elektromotorischen Kraft, sodann völliges Erlöschen derselben an den unteren Extremitäten. Der Patellarreflex schwindet alsbald gänzlich.

Die Prädisposition des Opiumrauchens zur paralitischen Form von Beriberi wird zwar von v. Zeent angegeben, ist jedoch unwahrscheinlich, da sie trotz dieser weitverbreiteten Unsitte kaum 10% befallen, während die hydropische Form auf 90% geschätzt wird.

Ob Beriberi mit einem Fieber beginnt, konnte nicht festgestellt werden. Die Krankheit verläuft meist afebril. Tritt ein interkurrentes Fieber auf, so folgt bald der Tod. Eine Kombination mit Dysenterie hat Verf. nie beobachtet, doch hat Lodewyk dergleichen Fälle beschrieben.

Die im Beginne auftretende Imbibition der Muskeln mit Wasser hat manche Autoren zur Aufstellung einer eignen Form, der „polysarkosen" geführt. Bei Eintritt vermehrter Diurese und nach Einstichen verliert sich diese Wasseransammlung. Andernteils mufs zugestanden werden, dafs die Ruhe und verminderte Oxydation eine Fettablagerung begünstigt.

Verf. nimmt nur zwei Verlaufsarten des Beriberi an, den akuten Beriberi und den chronischen. Ersterer führt stets zum Tode, der andre Verlauf führt zuweilen zur Genesung. Bei Komplikation mit Dysenterie, Fieber oder heftigen Gemütsbewegungen tritt der Tod ein.

Die akute Form führt in wenigen Tagen, zuweilen in wenigen Stunden zum Tode. Verf. erzählt einen solchen Fall.

Der Tod ist ein grauenvoller, er erfolgt bei vollkommenem Bewufstsein. Der Luftmangel ist das schwerste Symptom der Agonie. Die Genesung erfolgt sehr langsam und nur dann, wenn der Kranke einen beriberifreien Ort aufsucht. Die Rekonvaleszenz dauert von sechs Monaten bis über ein Jahr. Recidive in der Rekonvaleszenz sind häufig.

Ätiologie des Beriberi. Masnari Ogada und Lucerda haben einen Pilz im Blute der Beriberikranken gefunden, dessen Verimpfung die gleiche Krankheit bei Tieren hervorbringt. Der Beriberi ist nach ihnen somit als Infektionskrankheit bewiesen. In früherer Zeit hielt man Beriberi 1. für eine rheumatische Krankheit, weil sie ganz besonders häufig in der Regenzeit auftrat.

2. Wernich, Schutte u. a. hielten Beriberi für eine perniciöse Anämie und führten sie auf eine ungenügende Ernährung zurück. Irrtümlicher Weise, da Beriberi am wenigsten unter der am schlechtesten ernährten Bevölkerung auftritt, hingegen recht häufig bei solchen, deren Ernährung eine relativ gute ist (Soldaten, Sträflinge).

3. Beriberi soll eine Folge des Genusses von verdorbenen Reiskörnern sein. (Auch dieser Ansicht zufolge handelt es sich um eine parasitäre Krankheit.) Hier wäre eine Analogie mit Pellagra, die infolge des Genusses von durch einen Parasiten verdorbenem Mais auftritt. Es fehlen übrigens bei Beriberi die der Pellagra eigentümlichen Symptome: Dermatitis erythematosa und Cerebralerscheinungen.

Gelpke führt die Krankheit auf einen Fischparasiten zurück, der angeblich sich in aus China importierten, getrockneten Fischen befindet. Doch kann diese Theorie nicht gelten, da 1. die Chinesen, die denselben Fisch essen, von Beriberi sehr selten befallen werden, andernteils auch solche von Beriberi heimgesucht werden, deren ausschliefsliche Nahrung Reis ist.

Ebensowenig läfst sich die Ansicht Ernis aufrecht halten, dafs die Ursache des Beriberi dem Trichocephalus dispar zuzuschreiben sei.

4. Auch Fürnées Ansicht, Beriberi sei eine Malariaintoxikation, hat keinen positiven Anhalt, zumal Malaria und Beriberi sich zeitlich und territorial fast immer ausschliefsen. Auch das Fehlen des Milztumors bei Beriberi spricht sehr gegen diese Ansicht.

(Der Aufsatz wird fortgesetzt.)

München. Faulv.

Über Vorkommen, Bedeutung und Behandlung der Phimose bei Kindern. (*W. med. Wochenschr.* No. 6 u. 7.) R. Wittelshöfer weist auf die relative Häufigkeit der Phimose bei Kindern hin; er nimmt als leichtesten Grad der Phimose, bei Kindern, an, dafs sich das Präputium nur mühsam hinter die corona glandis zurückziehen läfst (Ref. würde das kaum als Phimose bezeichnen, wohlverstanden bei Kindern). Als zweiten Grad betrachtet er, wenn Spitze der Glans und Harnröhrenmündung ganz frei werden; als dritten Grad, wo nur die Urethralmündung, beim Anziehen der Vorhaut, aber nichts von der Eichel zu sehen ist; als vierter Grad ist die hochgradige Verengung anzusehen, bei der das Präputium kaum ein stecknadelkopfgrofses Loch bietet.

Die subjektiven Beschwerden werden durch die Erschwerung des Harnlassens und die Benetzung mit Urin und die Folgen derselben, weiter durch Anhäufung des Smegmas veranlafst. Objektiv können, allerdings selten, Blasenkatarrhe, Dilatation der Ureteren, Pyelitiden die Folgen sein. Besonders aber weist H. Schmidt (Stettin) auf das Vorkommen der Nabelhernie und Hydrocele infolge der Phimose hin.

W. gibt nun noch einen längeren Exkurs über die Operationsmethode und empfiehlt ein im Text abgebildetes Instrument. Wir müssen gestehen, dafs die Sache uns so einfach scheint und sich stets so einfach gemacht hat

(bei etwa zwölf Fällen, die Ref. bis jetzt bei kleinen Kindern operiert hat), dafs uns die Notwendigkeit und Zweckmäfsigkeit besonderer Instrumente auch noch für diesen Zweck nicht einleuchtet. —

Hamburg. VON DÜRING.

Amerika.

Ein Fall von Impftuberkulose infolge ritueller Zirkumzision, von Dr. WILLY MEYER, New-York. (*New-Yorker med. Presse.* Juni 1887.) Ein Kind mit einem Geschwür am Frenulum und Leistendrüseninduration wurde zunächst als spezif. erkrankt behandelt. Als die Behandlung resultatlos war und die Drüsen vereiterten, wird die Diagnose auf Impftuberkulose gestellt. Es wurden dann auch Tuberkelbacillen nachgewiesen. — Verf. legt wegen der häufigen, verschiedensten Infektionen eine Lanze gegen die rituelle (mit Aussaugen des Blutes verbundene) Beschneidung ein.

Fall von Dermatitis herpetiformis, welcher Erythema multiforme ähnelte, von L. A. DUHRING, M. D. (Philadelphia). (*Medical Record.* 2. April 1887.) Das Referat ist eigentlich im Titel enthalten; es handelt sich um eine kasuistische Mitteilung, bei der auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose hingewiesen wird.

Der ganze Körper des seit länger als einem Jahr erkrankten Patienten war mit zahlreichen, diffusen Eruptionen bedeckt, die nicht scharf begrenzte, mit erhabenem Rande, runde und mit einem Hof umgebene erythematöse Flecke bildeten, die an vielen Stellen einen mehr oder weniger ausgebildeten papulo-vesikulösen und vesikulösen Charakter hatten.

Die ganze Haut bot alle Zeichen subakuter und chronischer Entzündung, war verdickt, pigmentiert, exkoriiert, mit Krusten bedeckt und zeigte Erkrankungen in jedem Stadium. Erythematöser Charakter war vorherrschend, so dafs die Erkrankung einem schweren, diffusen Erythema multiforme ähnlich sah. Herpes iris war ausgeschlossen, da der erythematöse Charakter zu sehr vorherrschte.

Verf. bespricht nun die Schwierigkeiten der Nomenklatur. Entweder mufs man unter Erythema multiforme auch mehr chronische Prozesse aufnehmen, wie sie vorliegender Fall bietet, oder hier Dermatitis herpetiformis mit erythematösem Charakter acceptieren. Die Nomenklatur ist überhaupt bei Hautkrankheiten häufig etwas unbestimmt. Wo sind z. B. die Grenzen zwischen Ekzema und Psoriasis, zwischen Lupus erythematosus und vulgaris?

Es gibt Fälle, die Symptome darbieten, die auf beide Diagnosen passen und eine scharfe Klassifizierung nicht zulassen.

Hamburg. VON DÜRING.

Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases. Vol. V. No. 6–9.

Prurigo, von Dr. T. Robinson. Verf. macht darauf aufmerksam, dafs nicht behaarte Hautstellen mehr zu Jucken geneigt sind.

Entzündliche Verengerung der männlichen Urethra, von Dr. J. Blake White. Entzündliche Verengerung hängt immer von spasmodischer Striktur oder andern urethralen, vesikalen oder renalen Reizzuständen oder narbiger Verengerung ab. Werden diese Ursachen nicht entfernt, so entstehen stets Recidive. Behandlung: Heifse Sitzbäder, Diuretica und Morphiumsuppositorien. Wenn Einführung des Katheters nötig ist, vorher eine Injektion von 1—1½ cg 4% Kokainlösung durch eine lange Hartgummispritze.

Ichthyol und Resorcin. Dr. G. Jackson gibt einige kurze Bemerkungen über seine Versuche mit beiden Mitteln. Er kommt auf Grund derselben zu dem Schlusse, dafs Ichthyol ein unzuverlässiges Mittel ist, wenn es allein angewendet wird; in einigen Fällen ist es von deutlichem Nutzen, wenn es als Adjuvans gebraucht wird, aber es ist nicht so gut, wie viele andre Heilmittel.

Resorcin ist ein Irritans bei Ekzem, kann aber bei chronischen Fällen als Stimulans wirken; auf frische entzündliche Infiltrationen wirkt es resorbierend. Bei Epitheliomen wirkt es vorzüglich da, wo Kontraindikation gegen chirurgische Operationen besteht.

(Folgt Diskusion, s. New-York Dermat. Soc. Referat im Juni-Heft der Zeitschrift). Alle die es versucht hatten, waren der Anwendung des Ichthyols nicht abgeneigt; Resorcin von verschiedenen bei Epitheliomen gerühmt.

Serpiginöses Knötchensyphilid, von Dr. Taylor.

Herpes Zoster. Beschreibung eines Falles mit ungewöhnlicher Ausbreitung der Erkrankung, von Dr. A. Robinson. 2½jähriges Mädchen, an Gastrointestinalkatarrh leidend. Die Eruptionen begannen am oberen Teil des Thorax, hinten und vorn, und dehnten sich innerhalb 24 Stunden über Arme, Fingerspitzen und in die Handfläche aus; neuralgische Schmerzen gingen voraus. Verlauf in zwei Wochen. (Chromolithographie.)

Knötchensyphilid, von Dr. R. W. Taylor. Die Erkrankung betraf die Ellbogen und Kniee und wäre, wenn es allein beobachtet worden wäre, als Psoriasis angesprochen worden. (Chromolithographie.)

Sectio alta bei Blasentumoren und grofsen Steinen, von Dr. E. L. Keyes.

Idiosynkrasie als Hindernis für spezifische Syphilisbehandlung. Dr. P. A. Morrow weist die verschiedenen Arten nach, in denen sich die Idiosynkrasie gegen Quecksilber und Jodkali zeigt. 1. In aufserordentlicher Empfindlichkeit gegen ihre physiologische und toxische Wirkung;

2. in Äufserung von Nachteilen für Haut und Schleimhäute, entweder als Teil der physiologischen Wirkung des Mittels oder anstatt derselben; 3. oder der Organismus reagiert nicht durch irgend einen Heileffekt auf das Mittel. Wenn sehr bald toxische Wirkung des Quecksilbers eintritt, sollte man damit aufhören, da es dann keinen Nutzen hat; man sollte es dann durch Jodkali ersetzen. Später sich äufsernde toxische Wirkung ist nicht Folge von Idiosynkrasie. Die durch Jodkali hervorgerufene Akne ist bedeutungslos, aber von den mit bullösen Eruptionen Befallenen sterben 50%. Gewöhnlicher Jodismus der Häute, Schleimhäute und Augen bildet keine Kontraindikation gegen Fortsetzung des Mittels, aber konstitutioneller Jodismus.

M. teilt sieben Fälle mit, in denen infolge innerlicher Darreichung von Jod Eruptionen auftraten, und zwar Erythema nodosum, Erythema multiforme, Urticaria papulosa et bullosa, Purpura, empfindliche kleine harte erythematöse Schwellungen, mit brennendem Schmerz, und einen Fall hämorrhagischer Blasen.

M. glaubt, dafs viele Eruptionen, die auf Syphilis behandelt werden, von Jodkali herrühren. In Fällen, in denen Vergiftung eintritt, hört man am besten mit allem auf und wendet nicht kleine Dosen an (Hutchinson).

Mitteilungen über die Behandlung spät auftretender Formen syphilitischer Neoplasmen. Dr. A. B. Garnett will Jodkali bis zu enormen Dosen gegeben wissen bei schweren Fällen tertiärer Lues. 40 bis 65 Gramm! täglich ergaben da brillante Resultate, wo 0,3—0,6 g grofses Unbehagen verursachten; derartige Dosen hat er vier Jahre fortgegeben. Für noch wirksamer hält er heifse Quellen von Hot Springs, Arkansas, wo er praktiziert! —

Ein Fall von Xanthoma multiplex, von Dr. J. Hyde. Die Mutter des Pat. hatte in der Nähe des canthus intern. beider Augen ein Xanthom. Bei Pat. begann es ebenda im 1. Jahr; jetzt bis zum 20. Jahr hat es sich über Ellbogen, Kniee, Knöchel beiderseits symmetrisch ausgebreitet; die Flecke sind von saffrangelber Farbe. Nur die Hände sind rosenrot. — Weist noch auf drei andre Fälle hin (einen von Eickhoff, einen von Hutchinson und einen dritten selbstbeobachteten).

Ungewöhnliches Auftreten von Eruptionen auf der Haut nach Kubeben und Copaïva, von Dr. Ohmann-Dumesnil. Ein junger Mann liefs sich von einem Freund wegen Gonorrhoë Kubeben und Copaïv-Mixtur geben und nahm eine grofse Quantität auf einmal; der erste Ausbruch von Entzündung auf der Haut sah aus wie Blattern; dunkelrote Papeln an den Handgelenken und im Gesicht, wenige am Körper, ohne Jucken oder subjektive Symptome irgend welcher Art. Diese Eruptionen waren nach 24 Stunden verschwunden aus dem Gesicht, das sehr geschwollen war, am Körper sahen sie jetzt aber wie Masern aus. Am nächsten Tage waren die

Flecke konfluiert, und nun sah die verbreitete Röte wie Scharlach aus; Desquamation der Haut nach einigen Tagen und Genesung. Die Eruption war nicht wie die gewöhnlich nach Intoxikation mit diesen Mitteln beschriebene und hätte einen, der nicht genau aufpafste, leicht fälschlich zu einer der drei erwähnten Diagnosen bringen können.

Kritische Besprechung einer klinischen Untersuchung über Ichthyol und Resorcin. Dunlass gibt eine kritische Übersicht der von Jackson über diese zwei Mittel gemachten Erfahrungen und die daraus gezogenen Schlüsse (s. das Referat oben). Er beabsichtigt hierin nachzuweisen, dafs Jackson Unnas Erfahrungen über die Wirkung von Ichthyol und Resorcin vollständig verdreht wiedergibt und die klinischen Indikationen und die Höhe der Dosierung, die letzterer rät, vollständig ausläfst. Die Kritik ist sehr scharf und das Urteil streng, aber gerecht.

Dr. Morrow, der Redakteur des Blattes, schreibt einen Brief aus Paris, wo er die verschiedenen dermatologischen und syphilitischen Kliniken besucht hat. Zwei Dinge hebt er besonders hervor: **Lupusbehandlung** und **Injektionsbehandlung der Syphilis.**

Vidal behandelt Lupus ausschliefslich mit vielfältigen Skarifikationen, die mit einem einschneidigen Instrument ausgeführt werden; das frühere Instrument hat er aufgegeben. Die Schnitte gehen ziemlich herzhaft nach allen Richtungen; die Tiefe hängt vom einzelnen Fall ab; die Blutung wird durch gut ansaugende Watte gestillt und die Oberfläche dann mit Sublimatlösung abgewaschen (1 : 400—4000), und hinterher wird die Oberfläche mit Emplastrum de Vigo oder rotem Zinnoberpflaster bedeckt (1 : 20). Besnier fügt galvanokaustische Punktur hinzu, oder skarifiziert gleich mit dem Galvanokauter. Vidal benutzt ihn manchmal, zieht aber Skarifikation vor, da die Narben besser, oberflächlicher, flacher seien und nicht so Neigung zu Keloid hätten. Tuberkulose der Haut, die er, wie bekannt, vom Lupus trennt, behandelt er mit Injektionen von Jodoform in Eucalyptus.

M. scheint von der Syphilisbehandlung mit Kalomelinjektionen und gelbem Queksilberoxyd sehr schlechte Eindrücke empfangen zu haben. Er sah Infiltrationen, Phlegmonen der Injektionsstelle, schwere Stomatitis Martineau ist begeistert für sein Ammon-Peptonat-Quecksilber, mit dem er bei 6000 Patienten 200 000 Einspritzungen gemacht hat. Fournier erklärte sich gegen Quecksilberinjektionen, da sie dem Pat. sehr unangenehm sind; sie sind schmerzvoll und berufsstörend.

American Association of Genito-Urinary Diseases.

Häufigkeit des Schankers im Vergleich zu andern Leiden. Dr. Greenough (Boston) fand, dafs die Häufigkeit des Schankers sich zu der andrer Leiden (im Hospital) verhält wie 1 : 3, und in der Privatpraxis wie 1 : 10. Er hält dafür, dafs Abnahme der Häufigkeit darauf zurückzuführen ist, dafs nicht alle möglichen andern Leiden durch Kauterisation Schanker vortäuschen.

Dr. Sturgis, New-York, glaubt, da der Schanker nicht spezifisch sei, müsse durch bessere Hygieine eine Besserung in der Statistik zu erzielen sein.

Dr. Taylor meint grofse Abnahme des Schankers bemerkt zu haben; er glaubt, dafs unter Schanker alle möglichen Affektionen beschrieben sind.

Dr. J. N. Hyde glaubt das auch von der Statistik. Die Diagnose eines Schankers läfst sich oft nicht direkt stellen; er dauert Monate.

Dr. Morrow sieht Schanker in der Privatpraxis selten. Die Differentialdiagnose gegen harten Schanker ist oft schwer.

Dr. Otis plaidiert für frühzeitiges Kauterisieren mit Höllenstein, aufser wo Entzündung es verbietet.

Dr. Keyes hält sehr auf frühes Kauterisieren während der ersten zehn Tage.

Dr. Greenough glaubt, dafs aus einer einfachen Abschürfung durch Kauterisieren häufig ein typisches Schankergeschwür wird.

Dr. Brinton zeigt ein **Horn**, dafs sich aus einer kleinen Warze an der Basis der Corona glandis entwickelt hat.

Frühzeitig auftretende syphilitische Epididymitis. Dr. J. N. Hyde las einen Bericht vor, zum Beweise, dafs syphilitische Epididymitis nicht gerade durch voraufgegangene oder bestehende Blennorrhöe, oder phthisische Epididymitis erzeugt wird.

New-York Dermatological Society.

Kleines, pustulöses „Skrofuloderma", von Dr. Jackson. Eruption kleiner Pusteln, die eine Delle bekommen und eine weifse Narbe hinterlassen; Auftreten an Händen, Füfsen, Gesicht, Kopfhaut und oberen Teilen des Rückens bei einem 18jährigen Mädchen.

Doppelseitiger Schanker der Brustwarzen, bei einer Stillamme, von Dr. Sherwell.

Doppelseitiger Zoster, von Dr. Elliot. Zoster auf beiden Seiten des Halses. Dr. Keyes, ein gleicher Fall im Gesicht. Dr. Sherwell, doppelseitiger Zoster des Rumpfes. Dr. Keyes, zwei Fälle von Zoster des Thorax auf einer und des Abdomens auf der andren Seite. Dr. Bronson, Herpes, der sich auf die Fingerspitzen erstreckt. Dr. Fox, Herpes an den Beinen, Vorderarm und Fingern. Dr. Morrow sah einen Fall von Zoster, der vom Scheitel bis zur grofsen Zehe sich ausbreitete.

Die Diskusion über die Therapie ergibt viele Widersprüche.

Manchester. H. Brooke.

(Übersetzt von Dr. von Düring in Hamburg.)

Frankreich.

Annales de Dermatologie et de Syphilographie. Band VIII. Heft 12.

Originalabhandlungen.

Über Angina pectoris auf syphilitischer Grundlage, von H. Hallopeau. Nach kurzer Erwähnung der einschlägigen Litteratur wird die ausführliche Krankengeschichte eines Mannes mitgeteilt, der mit 25 Jahren angesteckt wurde und 11 Jahre später, nachdem auf eine nachhaltige antiluetische Behandlung jedes verdächtige Symptom geschwunden war, plötzlich an ausgesprochenen Anfällen von Angina pectoris erkrankte. Bromkali, konstanter Strom, ferrum candens erweisen sich ganz erfolglos. Die Anfälle häufen sich sehr und verbinden sich mit eigentümlichen Sensationen in den Extremitäten, Schwindel u. s. w. Als man dann, mit Rücksicht auf die frühere Syphilis, Jodkali verordnete, schwanden alle krankhaften Symptome sehr bald, um nicht wiederzukehren. — Nach einigen etwas langatmigen, sich daran anschliefsenden kritischen Bemerkungen kommt Verfasser zum Schlufs, dafs Angina pectoris durch Syphilis bedingt sein kann, und dafs als letzte Ursache einer derartigen Erkrankung spezifische Neubildungen am plexus cardiacus selber oder in seiner unmittelbaren Nachbarschaft zu betrachten seien.

Statistische Untersuchungen über den Ursprung der Syphilis beim Weibe, von A. Fournier. Fournier hat sich in dieser fesselnd geschriebenen Abhandlung der dankbaren Aufgabe unterzogen, den Quellen nachzuspüren, aus denen die syphilitische Infektion der Frauenwelt entspringt. — In seiner 27jährigen Privatpraxis sind ihm 887 syphilitische Frauen vorgekommen. Davon waren 45 ohne jeden geschlechtlichen Verkehr erkrankt. Die Ansteckung dieser 45 war eine sehr verschiedene; teils litten sie an Lues heredit.; teils erwarben sie die Lues beim Nähren syphilitischer Säuglinge oder als Hebamme; bei zweien entstand sie infolge der Impfung, und bei zwei andern infolge Katheterisierens der tuba Eustachii u. s. w. — Die interessanten Einzelheiten wolle man im Original nachsehen.

Von den andern 842 syphilitischen Frauen gehörten 366 der galanten Welt an; bei 256 blieb die gesellschaftliche Stellung unermittelt; 220 endlich waren verheiratet. Diese letztere Gruppe ruft naturgemäfs das meiste Interesse hervor. Bei ihr verweilt F. auch ausführlicher. Von diesen 220 Frauen hatten 164 ihre Syphilis sicher von ihren Männern, d. h. mindestens 19 % aller luetischen Weiber werden erst in der Ehe angesteckt. Rechnet man zu diesen noch die obigen 45 Fälle, die durch einen aufsergeschlechtlichen Zufall syphilitisch werden, so stellt sich das erschreckende Ergebnis heraus, dafs 24 % der syphylitisch erkrankten Frauen ganz unschuldig zu dieser Krankheit kommen. Mit Recht zieht E. aus diesen Zahlen den Schlufs, dafs der Staat ein hohes

Interesse daran haben müsse, prophylaktisch gegen die Syphilis vorzugehen.

Kasuistik. **Blennorrhagie.** — Conjonctivite blennorrhagique sans inoculation directe. — Périostite et arthropathies blennorrhagiques, von **M. Nivet.**

Hamburg. Türkheim.

Italien.

Antipyrin und Antipyrese, von Prof. G. Cattani. In einer erschöpfenden, die gesamte bis dahin erschienene Litteratur berücksichtigenden Monographie kämpft Verf. gegen die expektative Therapie bei fieberhaften Krankheiten an. Antipyrin gilt im allgemeinen als bestes unschädliches Febrifugens, ist jedoch nicht im stande den Verlauf fieberhafter Krankheiten abzukürzen. Nur selten kommt es vor, dafs der Körper sich an Antipyrin gewöhnt. In solchen Fällen mufs man, um denselben Effekt wieder zu erzielen, einige Tage das Mittel aussetzen.

Über die Natur der gonorrhoischen Arthritis, von Dr. P. Tommasoli. (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle.*) Die gonorrhoische Gelenkentzündung ist keine spezifische Krankheit, sondern mit dem gewöhnlichen Rheumatismus articulorum identisch, wofür besonders die Wirksamkeit ein und derselben Therapie gegen beide Arten spricht. Eine vorhandene Gonorrhöe wirkt nur als prädisponierendes Moment, so dafs schon geringere Ursachen, wie z. B. ein Stofs, eine Arthritis erzeugen können.

Histologische Untersuchung einer Placenta von einer an Lepra leidenden Frau, von Prof. P. Ferrari. (*Gazzetta degli Ospidali.*) Verf. fand an den Placentazotten einige arterielle Gefäfse obliteriert, teils durch Endarteritis, teils durch Thrombose, die Mucosa der Zotten war verdickt. Mikroorganismen irgend welcher Art fehlten absolut. Verf. gelangt zu dem Schlufs, dafs die Lepra eine konstitutionelle, keine kontagiöse Krankheit sei, dafs sie vielmehr wie Lupus und Tuberkulose als Äufserung der Skrofulose zu betrachten sei, demgemäfs müsse man den Bacillus leprae von Hansen als identisch mit dem der Tuberkulose des Lupus und der Skrofulose betrachten.

Ein Fall von Erythema nodosum, das sich auf die Wange, Larynx, Trachea und den rechten Hoden ausbreitete, von Prof. Achille Breda in Padua. Ein 37jähriger Bauer wurde im Januar 1887 aufgenommen. Er fieberte und hatte viele über die Haut und Schleimhaut der Nase, Wange und des Larynx zerstreute Knoten. Im August 1886 war er plötzlich an einer akuten Entzündung der linken Ohrmuschel erkrankt. Diese verschwand zwar nach sechs Tagen. Es blieb jedoch eine Unwegsamkeit der linken Nasenhälfte zurück. Ende Oktober begann unter Fieber

der linke Hoden zu schwellen. Heiserkeit trat ein und nach zwei Wochen stellte sich eine über verschiedene Körpergegenden sich ausbreitende Eruption von Knoten ein. Solche Eruptionen wiederholten sich und verbreiteten sich im Dezember besonders auf die Gesichtshaut.

Patient wurde heftig fiebernd aufgenommen. Er hatte ca. 100 Knoten am Körper, nur Hände, Füfse, Hals, Nates und Genitalien waren frei. Diese Knoten waren rot bis blaurot, linsen- bis thalergrofs, platt und rund. Die Naseneingänge waren exulceriert. Am harten Gaumen waren drei erbsen- bis bonengrofse Knoten, die linke Hälfte des Kehldeckels geschwollen, ebenso die falschen Stimmbänder, so dafs man die wahren nicht sehen konnte. Schmerz auch beim Essen nicht vorhanden. Respiration durch die Nase vollkommen aufgehoben. Mitte Februar aber begannen die Knoten spontan zu schwinden, Aphonie und hochgradige Dyspnöe blieben noch, letztere anfallsweise, bestehen. Am 20. Februar starb der Patient in einem solchen Anfall. Bei der Sektion zeigt die linguale Fläche der Epiglottis drei Knoten, die laryngeale zwei. Aufserdem fanden sich mehrere follikulare Depressionen. Das rechte falsche Stimmband ist verdickt und hat drei Knoten, an der unteren Seite eine kleine erodierte Stelle. Auch die wahren Stimmbänder zeigen mehrere gelbliche Knoten. Ähnliche auch an der Schleimhaut der Thyreoidea, Cricoidea und Trachea.

Ein durch eine ganz ausgebildete Infiltration gemachter Schnitt zeigt folgendes: Lymphoidzellen sind in der Dermis angehäuft, mehr aber noch im subkutanen Zellgewebe, besonders in der Umgebung der Schweifsdrüsen. Hier sind nur wenige Fettzellen sichtbar. Die Anhäufung der Lymphzellen folgt den Blutgefäfsen, welche erweitert und vermehrt sind. Die Schweifsdrüsen sind zum Teil spindelförmig vergröfsert. Derartige perivaskuläre und periglanduläre Veränderungen finden sich auch in der Mucosa des Larynx und der Trachea.

Die mikroskopische Untersuchung des Hodens ergab nur eine massige Infiltration weifser Blutkörperchen, die auch alle Samenkanäle ausfüllten. Eine bakteriologische Untersuchung blieb resultatlos.

Über einen Fall von Fistula stercoracea, welche einen Abscefs der Bartolinischen Drüse vortäuschte, von Dr. DEL CHIAPPA. (Aus der Klinik des Prof. PELLIZZARI in Pisa.) Eine 23jährige Prostituierte kam wegen Herpes an den kleinen Schamlippen in die Klinik und wurde auch bald geheilt, dieselbe hatte früher an tuberkulösen Rhageden am Anus gelitten. Plötzlich entstand eines Tages an der unteren Hälfte der rechten grofsen Schamlippe eine eigrofse, weiche, elastische Geschwulst, deren Hautbedeckung unverändert blieb. So sehr die Diagnose: Abscefs der glandula Bartol. auf der Hand lag, so sprach dagegen doch der Umstand, dafs auf Druck keine serös-eiterige Flüssigkeit heraus kam. Ferner das plötzliche Auftreten der Geschwulst, die unveränderte Hautbedeckung und endlich der etwas tympanische Perkussionsschall. Wegen der anatomischen Lage der Geschwulst konnte von einer Hernia inguinal. nicht die Rede sein. Später

verfärbte sich die Haut des Tumors, es trat eine Entzündung auf. Nun konnte man mit einem Drucke die Geschwulst zum Verschwinden bringen. Eine Incision förderte eine kleine Menge Eiter zu tage, und man konnte dann von hier aus mit der Sonde ins Rectum gelangen. Die Wunde heilte erst mit Hilfe des Galvanokauters.

Verf. erklärt die Bildung dieses Abscesses so, dafs er die Präexistenz einer inneren blinden Fistel annimmt (was sehr wahrscheinlich ist mit Beziehung auf die oben erwähnte tuberkulöse Rhagade). So mochten wohl noch mehrere tuberkulöse Herde bestanden haben, die sich im weiteren Verlaufe miteinander verbanden und schliefslich den ungewöhnlichen Durchbruch ins labium majus machten.

Über Ringelhaare, von Prof. Achille Breda. (*Rivista Veneta di Scienze mediche.*) Diese eigentümliche Haarbildung wurde bei einem 20jährigen Schuster beobachtet. Sie entstand zugleich mit einer ausgesprochenen Epilepsie in frühester Jugend.

Das Haupthaar war weich, dicht und zart; auch das Wachstum war ganz normal. Beim ersten Blick sah es wie eine aus fein gedrehten Wollfäden hergestellte Perrücke aus. Jedes einzelne Haar zeigte in seiner ganzen Länge abwechselnd eine braune und eine hellgraue Zone, letztere war mehrere Millimeter lang. Bei einem Haare von 60 mm Länge waren ungefähr 54 Zonen von beiden Farben. Die hellen Teile waren dünner als die dunkeln. Eine ähnliche Anomalie zeigten auch die Augenbrauen und Wimpern, sowie die Achsel- und Schamhaare.

Akutes hereditäres angioneurotisches Ödem (Quinke), von Tebaldo Falcone. (*Gazzetta degli Ospitali.*) Ein siebenjähriger Knabe erkrankte plötzlich unter den Symptomen von Kopf- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit, Erbrechen und Diarrhöe (ohne Fieber). Nach einigen Stunden entstand am rechten Vorderarm eine Schwellung, ebenso auch mehrere umschriebene Schwellungen an dem Handrücken. Farbe unverändert. An derselben sich häufig wiederholenden Krankheit hatte der Grofsvater des Knaben gelitten.

Über die Natur der Alopecia areata, von P. L. Tommasoli. (*Boll. della Soc. tra i cultori di sc. med.*) Auf Grund der vom Verf. gemachten und erzählten Beobachtungen kommt er zu dem Schlufs, dafs es zwei Arten von A. a. gibt, eine nervöse und eine parasitäre.

Hamburg. Fink.

Verschiedenes.

Beseitigung der Gefahren der rituellen Beschneidung in Dänemark. In der Diskussion über einen von Prof. Bergh am 17. Januar d. J. in der „medizinischen Gesellschaft in Kopenhagen" gehaltenen Vortrag

„Über Ansteckung und Ansteckungswege bei Syphilis", den Verf. in diese Monatsheften No. 4 und 5 veröffentlicht hat, machte Dr. L. W. Salomonsen inbezug auf das von B. erwähnte Vorkommen von syphilitischen Infektione durch die rituelle jüdische Beschneidung (s. d. Monatsh. S. 201) eine Mi teilung (*Hosp. Tidende.* No. 9), die uns interessant genug erscheint, um s hier im Auszug wiederzugeben

S. hat, besonders seitdem auch die Übertragbarkeit von Tuberkulo durch die übliche Art der rituellen Beschneidung konstatiert worden, sic bemüht, die Gefahren der Operation zu beseitigen, und hat zunächst e reicht, dafs in einer Ende 1886 zu diesem Behufe von dem Oberrabbine in Kopenhagen berufenen Versammlung festgestellt wurde, dafs religiö Bedenken gegen den Ersatz des Aussaugens der Wunde durch ein rati nelleres Verfahren nicht vorhanden seien. Von seiten der Gemeindever tretung wurde dann im Sommer 1887 auf Grund übereinstimmender ärz licher Gutachten, welche darlegten, dafs auch eine vor Verrichtung de Beschneidung stattfindende Untersuchung des Operateurs wohl gegen di Gefahren einer Infektion mit Syphilis, Rose, Diphtheritis und andern sin fälligen und leicht erkennbaren Krankheiten, nicht aber gegen die Übe tragung einer möglicherweise vorhandenen Tuberkulose irgend eine Garanti gewähren könne, beschlossen, dafs eine Aussaugung nicht mehr stattfinde dürfe. Ferner, dafs bei der Operation aufser dem Beschneider immer auch ein Arzt anwesend sein müsse. Endlich wurde Herrn S. aufgetragen, ein Instruktion für die Beschneider auszuarbeiten. Sämtliche fünf Beschneide wurden auf diese Instruktion, welche auch die Regeln für eine antiseptisch Ausführung der Operation enthält, verpflichtet. Ein Exemplar dieser In struktion wird jedem israelitischen Vater sofort nach der Anmeldung de Geburt eines Sohnes übergeben. (Sollte ähnliches nicht auch in den jüd schen Gemeinden Deutschlands möglich sein!?)

Hamburg. Dehn.

B. Fischer erörtert in der *Pharm. Ztg.* 1887. pag. 734 einige neuere Heilmittel. Wir entnehmen seinen Ausführungen folgendes:

Kreolin. Unter diesem Namen wurde im Verlaufe dieses Sommers bekanntlich seitens einer Hamburger Firma ein Präparat zu Desinfektions zwecken in gröfserem Stile angeboten. Die Mitteilungen beschränkten sich bisher darauf, es werde durch Destillation einer bestimmten Sorte Stein kohlen gewonnen und aus dem Destillat durch eine eigenartige Behand lung abgeschieden. Der als zuverlässiger Beobachter bekannte Professor Fröhner von der tierärztlichen Hochschule zu Berlin gab dem Präparat einen Geleitbrief auf den Weg, nach welchem dasselbe ein ausgezeichnetes Desinfektionsmittel ohne giftige Eigenschaften sei und sich namentlich für die Veterinärpraxis empfehle. Infolge dieser Mitteilung hatte das Präparat einen bedeutenden Erfolg, welcher einige Firmen dazu verleitete, es als identisch zu erklären mit den von ihnen fabrizierten Präparaten (Sapo-

karbol etc.). Augenscheinlich wurden sie zu diesem Schlufs durch äufsere Umstände verleitet. Seitdem pflegt man das Kreolin wohl als identisch zu halten mit dem Sapokarbol und ähnlichen Präparaten und es als eine Mischung von Seife mit roher Karbolsäure anzusehen. Damit steht indessen im Widerspruch die von FRÖHNER beobachtete völlige Ungiftigkeit des Produktes. Wir sind gegenwärtig mit einer Untersuchung des Kreolins beschäftigt und möchten, ohne dieser vorzugreifen, den bisherigen Untersuchern die Frage vorlegen, ob wohl einer von ihnen schon versuchte, den Phenolgehalt dieses Produktes zu bestimmen. Sie würden dann die merkwürdige Erfahrung gemacht haben, dafs dieser auffallend niedrig ist, dafs das Kreolin weiterhin sehr erhebliche Mengen von Kohlenwasserstoffen, namentlich Naphtalin enthält. Also von einer Identität mit roher Karbolsäure oder davon, dafs eine Mischung derselben mit Seife vorliegt, kann gar nicht die Rede sein. Die Erfinder sind viel intelligenter gewesen, und Prof. FRÖHNER dürfte von der Aufklärung, welche wir ihm demnächst in diesem Blatte zu geben versprechen, vom Standpunkt der Pharmakologen aus ziemlich befriedigt sein. — Die Mitteilungen von Dr. KORTÜM (*Berlin. klin. Wochenschr.* No. 46), der das Kreolin beim Menschen anwendete, bestätigen übrigens den Befund von Prof. FRÖHNER durchaus und lassen das Kreolin als ein ungiftiges[1] kräftiges Desinfiziens erscheinen.

Um über das Wesen dieser Substanz ins klare zu kommen, wurden, nachdem Versuche die Anwesenheit fixer Alkalien, organischer Basen und nur geringe Mengen Wasser ergeben hatten, etwa 100 g vorher mit salzsäurehaltigem Wasser behandeltes Kreolin der fraktionierten Destillation unterworfen. Bis 120 ° ging eine nahezu vollständig aus Kohlenwasserstoffen (5 %) bestehende Fraktion über, dann stieg das Thermometer rasch auf 180 °. Zwischen 180—200 ° gingen etwa 15 % über, welche zum gröfsten Teile aus Kohlenwasserstoffen, zum geringeren aus Phenolen bestanden. Doch enthielt diese Fraktion deutlich nachweisbare, aber kleine Mengen Karbolsäure. Zwischen 200—230 ° gingen 25 % über, zu $^2/_3$ aus Naphtalin bestehend, neben andern Kohlenwasserstoffen und höheren Phenolen. Das Thermometer stieg dann von 240 rasch bis über 300 °, während etwa 10 % eines schwach fluoreszierenden Öles übergingen, aus welchem sich Anthracen abzuscheiden begann. Die Destillation wurde hier unterbrochen. Der Rückstand bestand aus der bekannten, bei solchen Destillationen zurückbleibenden Teermasse.

Es ist daher als sicher anzunehmen, dafs die Fabrikation des Kreolins in der Weise erfolgt, dafs aus gewissen, bei der Destillation von Steinkohlen resultierenden Fraktionen die niedrig siedenden Phenole (Karbolsäure) sorgfältig mittels Natronhydrat abgeschieden werden, während der

[1] Die Behauptung der völligen Ungiftigkeit ist vorläufig mit grofser Reserve aufzunehmen. Über die Giftigkeit der Karbolsäure, des Jodoforms und Sublimats bei äufserlicher Anwendung sind wir auch erst durch traurige Erfahrungen allzuspät belehrt worden. (Die Red. d. *Monatsh.*)

nicht sehr wertvolle Rückstand nach stattgefundener Klärung als Kreol in den Handel gebracht wird.

Etwas anderes ist es allerdings, ob diese früher wenig beachtet Rückstände sich nicht vielleicht als billiges Desinfektionsmittel Eing in die Praxis verschaffen werden, falls sie zu einem ihrem wahren We entsprechenden Preise abgegeben werden.

Damit in Übereinstimmung steht ein Aufsatz von Dr. J. Biel (*Ch Ztg.* 1887. No. 101) über dieses neue Desinfektionsmittel, welcher die bis bestehenden Unklarheiten über dessen chemische Natur gründlich und zu in dem von uns schon angedeuteteten Sinne beseitigt. Danach ist dasse ein Nebenprodukt der Karbolsäurefabrikation und besteht, abgesehen v gröfseren oder geringeren Mengen von aromatischen Kohlenwasserstoff (20—40 %) namentlich aus höher siedenden, in Wasser unlöslichen Phenol und basischen Körpern.

Aus der von den Kohlenwasserstoffen befreiten Flüssigk erhielt Biel etwa 10 % bei 200 ° siedendes Parakresol, 5 % zwischen 2 —200 ° siedendes Xylenol und Phlorol und ca. 30 % von 230—300 ° s dende Pyrokresole von butterartiger Konsistenz, wie sie bei der Reinigu und Rektifikation der Karbolsäure gewonnen werden. Aufserdem etwa 5 bei 240 ° siedendes Leukolin mit etwas höher siedenden Pyridinbasen, et 18 % Naphtalin und 3 % Anthracen. Die Asche besteht aus etwa 4—4.5 Natriumkarbonat mit Spuren Chlornatrium und Natriumsulfat.

Aus der Praxis.

No. 10. **Psoriasis?** Es kommen hier unter den Fabrikarbeitern öf Erkrankungen der Haut am Halse, im Gesicht, am Rande des Kopfhaa vor, welche ich bis jetzt als eine Psoriasis angesehen habe. Den He tonsur. glaube ich ausschliefsen zu können, da kein Ausfallen der Ha stattfand und der Pilz selbst nicht gefunden wurde.

Die betreffenden Flecke sind thalergrofs, auch kleiner, mit ein geröteten Rand, der durch kleine Knötchen gebildet wird. Die Haut im Zentrum blasser, rauh, rissig, mit kleinen weifsen Schüppchen beded Einzelne Flecke konfluieren (Psoriasis gyrata). Jucken ist vorhand Ich möchte Sie nun fragen, ob diese Krankheit als Psoriasis anzusehen oder als eine andre, durch Parasiten hervorgerufene Affektion; bis je fehlt zwar wohl noch der Nachweis, dafs die Psoriasis zu den parasitär Erkrankungen gehört. Die Flecke können auch spontan verschwinde gleichsam als stürbe der Pilz nach einiger Zeit ab, was im Gesicht v kommt; möglicherweise kann er das Waschen mit Seife nicht vertrage dagegen wuchert er im Genick lebhaft weiter, weil diese Stelle des Hal bei den Arbeitern meistens sehr schmutzig bleibt.

Dr. K. in S.

Antwort der Redaktion. Psoriasis, ebenso wie die von Ihnen beschriebene Krankheit sind wahrscheinlich parasitären Ursprungs. Sie vermuten indes richtig, dafs der sichere Nachweis auch für Psoriasis noch aussteht. Nach Ihrer Beschreibung könnte es sich um das auch hier in Hamburg fast epidemisch auftretende Ekzema seborrhoicum handeln (s. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1887. pag. 827). In diesem Falle wären schwache Schwefelsalben und häufiges, gründliches Waschen für die Arbeiter zu raten.

No. 11. **Therapie der Alopecia pityrodes?** Ich bin 38 Jahre alt, leide seit 3 Jahren an stärkerem Haarausfall und bedeutendem Kopfschuppen. Mir wurde geraten, das letztere zunächst zu beseitigen. Ich studierte die betreffenden Kapitel von Kaposi, Hebra, Neumann, E. Wilson, und brauchte nacheinander Schwefelpomade, Quecksilberpräparate, Waschungen mit Schmierseife und eine Teerpomade — bisher alles umsonst. Die Fragwürdigkeit eines Rates ohne Lokalinspektion völlig einsehend, bitte ich Sie doch um Ihre Ansicht, zunächst wie die Neubildung der Kopfschuppen zu beseitigen und damit der Ausfall der Haare zum Stillstand zu bringen sei.

Dr. J. N. C. in V—g.

Antwort der Redaktion. Vermutlich haben Sie die Ihnen empfohlenen Pomaden ohne Anwendung einer undurchlässigen Kopfkappe gebraucht. Salben Sie die Kopfhaut abends vor dem Zubettegehen gehörig mit folgendem Mittel:

℞ *Ungt. pomadin.* 30,0
Resorcini optimi 2,0
M. f. Pomada.

ein, stülpen Sie nachts eine Wachstafft- oder sonstige Badekappe über den Kopf und trocknen Sie morgens den Kopf von überschüssigem Fett einfach ab. Einmal die Woche lassen sie sich von einem Wärter den Kopf mit Spir. saponat. Kalin. abseifen.

No. 12. **Verbrennung zweiten Grades.** Welches ist der beste Verband bei ausgedehnten Brandwunden, die zu Wucherung und Blutung geneigt sind? Die Verbrennung zweiten Grades geschah vor vier Wochen.

L. in O.

Antwort der Redaktion. Wo es immer geschehen kann, stets an Armen, Beinen und am Kopfe, ist die desinfizierte Wundstelle zuerst mit einer weichen, feuchten Verbandmullbinde fest, aber nur in ein-, höchstens zweifacher Lage einzubinden. Diese Binde bleibt liegen; alle antiseptischen, adstringierenden Mittel haben durch dieselbe hindurch zu wirken, um den Verbandwechsel auf ein Minimum zu beschränken und dadurch der Überhornung möglichst Vorschub zu leisten.

Die Form der Medikamente kann die wässerige, fettige (Liniment weiche Salben) oder feste (Pasten) sein.

Wässerige Lösungen werden mehrmals täglich auf die Binden getropft bis dieselben nafs sind, dann wird Guttaperchapapier aufgelegt und mi Binde niedergebunden. Zwischen Binde und Guttapercha kann noch ein ebenso angefeuchtete Lage von Verbandwatte kommen.

Linimente und weiche Salben werden auf die Binde mit Hand od Pinsel eingerieben, darauf wird eine trockene Wattelage gelegt und die festgebunden. Pasten werden über die Binden gestrichen, bis eine gleich mäfsige Decke erzeugt ist; darüber kommt je nach der Konsistenz noc eine Wattelage oder sofort die Bekleidung.

Als Medikamente für die wässerige Form sind bei Neigung z Blutungen empfehlenswert: Ichthyollösung, besonders Zincum sulfoichthyol cum (5—10%); essigsaure Thonerde (5—10%); Mischungen von Bleiess und essigsaurer Thonerde (je 5%); Aq. Hamamelis [1] (10%); bei kleinere Wundstrecken auch folgende Kombination: Anpinseln mit 2% Kokai salzlösung (durch die Mullbinde hindurch), Anpinseln mit einer Höllenstei lösung (3—5%); Bedecken mit in Bleiwasser getränkter Watte und Gutt perchapapier.

Medikamente für Liniment- und Salbenform bei Neigung z Blutungen:

Ol. lini und Aq. calcis āā 100,0 mit Zusatz von 1% Karbolsäure od 1‰ Thymol; Ichthyol (besonders das Zinksalz), Aquae āā 10, Lanolini 3 Aq. Hamamelis 10, Aqua 30, Lanolini 60; Extr. acidi sphacelinici[1] 0,5, Un simplicis 50.

Medikamente für Pastenform bei Neigung zu Blutungen.

Ol. lini, Aq. calcis, Zinci oxydati, Cretae āā 25, Thymoli 0,1; diesel auch mit Zusatz von Schwefelmilch (5%).

Körperstellen (besonders Hals und Rumpf), welche nicht gut ein binden sind, werden am besten mit der erstgenannten Paste allein oder m Zusatz von 0,1‰ Sublimat (falls Besorgnis vor Zersetzung des Sekrets vo handen) zu derselben behandelt, indem auftretende Risse und Lücken de fest werdenden Paste wieder überstrichen, durch Sekret aufgeweichte ab wischt und überstrichen werden. Wo die Paste trocken sitzen bleibt, lä man sie unangerührt bis sie abfällt. Dasselbe gilt für die Pastenbehandlu eingebundener Wundstellen.

Bei den feuchten und fettigen Umschlägen eingebundener Wundstelle werden beim Verbandwechsel immer nur die Wattelage, resp. das Gutt perchapapier entfernt, um neues Medikament aufzutragen oder bei im A fange stärkerer Sekretion Abspülungen vorzunehmen. Auch hierbei bleib die primäre Mullbinde unangerührt.

[1] Aus der Schwanapotheke, Dammthorstrafse, Hamburg.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 7. 1. April 1888.

Aus der syphilodermatologischen Abteilung des Herrn. Prof. Dr. V. Janovsky im k. k. allgem. Krankenhause in Prag.

Beiträge zur Kenntnis der Frühformen der Larynx-Syphilis.

Von

Dr. Alois Pollak.

Sekundärarzt.

Obwohl die Frühformen der Larynx-Syphilis in einer ziemlich grofsen Anzahl von Publikationen behandelt wurden, sind doch unsre Kenntnisse derselben noch nicht so ausgebildet, dafs die Veröffentlichung von einer gröfseren Reihe entnommenen Fällen nicht gerechtfertigt wäre. Der freundlichen Aufforderung meines Chefs, des Herrn Prof. Dr. Janovsky, sowie seiner Unterstützung verdanke ich die Möglichkeit, die Resultate der Beobachtungen zahlreicher im Laufe der Jahre auf seiner Klinik beobachteten Fälle zu veröffentlichen. Das Material zu vorliegender Beobachtung lieferten in den Jahren 1883—1887 inkl. beobachtete Fälle. Ich wende mich nun zur Besprechung der einzelnen Formen:

1. Macula syphilitica. Dafs im Kehlkopfe ein makulöses Exanthem vorkomme, welches demjenigen entspricht, das wir so häufig auf den äufseren Decken sehen, wird vielfach bezweifelt. Wir haben elf Fälle gesehen, bei denen man im Larynx meist multiple, gegen linsengrofse, scharf abgegrenzte Flecke fand von roter (hellrot bis rotbraun) Farbe, welche in sehr kurzer Zeit unter der gewöhnlichen antispezifischen Therapie ohne Lokalbehandlung verschwanden. Beim Anblicke derselben fiel einem jeden sofort die Ähnlichkeit mit dem makulösen Syphilid der

Haut auf. Diese Flecke erreichten etwa die Gröfse einer Linse nur in einem Falle war der Fleck etwas gröfser. In fünf Fälle safsen dieselben auf sonst vollkommen normaler Schleimhaut und zwar zweimal multipel auf der Epiglottis und auf de lateralen Partien der Stimmbänder, dreimal solitär. Bei eine 21jährigen Dirne, infiziert vor zwei Jahren, zweites Recidiv se zehn Tagen, mit allgemeinen Drüsenschwellungen, grofs makulöse Syphilid, Kondylomen um das Genitale, Plaques im Rache fand ich auf der den rechten Aryknorpel deckenden Schleimhau partie einen über linsengrofsen, scharf abgegrenzten, braunrote über das Niveau der umgebenden Schleimhaut nicht hervo ragenden Fleck, welcher unter der Schmierkur nach vier Tage abblafste, seine scharfen Konturen verlor, nach zehn Tage verschwunden war. Einen zweiten blässeren und weniger scha abgegrenzten Fleck fand ich über dem linken Aryknorpel, un einen dritten auf der lateralen Partie des rechten wahre Stimmbandes. In zwei Fällen fanden wir auf der mäfsig katarrhalisch affizierten Epiglottis mehrere meist nahe am Rand sitzende, scharf abgegrenzte, makulöse Effloreszenzen. In vie Fällen fanden wir diffusen Katarrh des Larynx. Auf der e krankten Schleimhaut safsen dunkelrote, scharf abgegrenz Flecke, und zwar auf der Epiglottis, in der Interarytänoid gegend und auf den lateralen Partien der Stimmbänder, d freien Ränder derselben waren niemals ergriffen. Unter ant luëtischer Allgemeinbehandlung schwanden die Flecke viel rasche als die allgemein katarrhalischen Erscheinungen.

Dafs die macula syphilitica des Larynx so selten beobachte wird, erklärt sich wohl aus ihrem nicht häufigen Vorkomme aus ihrem raschen Verlaufe und daraus, dafs sie beinahe gan ohne subjektive Symptome verläuft, so dafs sie demjenige welcher nicht systematisch, oder nur heisere Patienten untersuch vollkommen entgehen mufs.

2. Papulae laryngis. Im ganzen haben wir zehn Fäll gefunden, welche in das Bereich des papulösen Syphilides g hören. Es scheint, dafs man zwei Arten davon unterscheide müsse. In die erste Gruppe gehören kleine, meist hirsekor grofse, selten etwas gröfsere Effloreszenzen von weifser Farb

welche auf normaler Schleimhaut aufsitzen. Wir sahen diese Form im ganzen dreimal. K. A., 24jähriger lediger Schlosser. Vor $^1/_2$ Jahr ulc. durum, vor zwei Monaten angeblich Exanthem, das nicht behandelt wurde. Jetzt seit vier Wochen: makulopapul. Exanthem, allgemeine harte Drüsenschwellungen, Plaques im Rachen. Kondylome um den Anus; sklerotische Narbe am Präputium. Patient ist heiser, klagt nicht über Halsschmerzen. Schmierkur. Im Larynx folgender Befund: Schleimhaut blafs; auf der die Gieſsbeckenknorpel deckenden Schleimhautpartie zwei Reihen der oben beschriebenen Effloreszenzen. Nach fünf Wochen war der Kehlkopfbefund beinahe unverändert, während die andern Symptome zurückgegangen waren. Nach sieben Monaten kam Patient mit neuen luetischen Erscheinungen zurück; die Papeln im Larynx waren bedeutend kleiner. In zwei Fällen sah ich ähnliche Gebilde in derselben Gegend solitär. Es handelte sich beidemal um alte Lues, $2^1/_2$, 3 Jahre nach der Infektion. Unter Schmierkur trat binnen vier Wochen Rückbildung ein. Das Aussehen dieser Papeln sowie der ganze Verlauf der Affektion weicht so sehr ab von denjenigen, die wir gewohnt sind bei der Lues zu sehen, dafs ein Zweifel an der spezifischen Natur derselben wohl gerechtfertigt erscheint. Ähnliche Tumoren wurden als beginnende Tumoren des Larynx aufgefafst; in unsern Fällen kann davon nicht die Rede sein.

In die zweite Gruppe gehören breit aufsitzende hirsekorn- bis über linsengroſse Verdickungen der Schleimhaut; ihre Farbe variiert von zartem Blafsrosa bis zu einem dunkeln Rot. Eigentümlich ist ihnen, wenn sie nicht exkoriiert sind, ein feuchter Glanz und ein Hof von hyperämischer Schleimhaut. Sie sitzen entweder auf normaler, oder auf katarrhalisch veränderter Schleimhaut. Zweimal fanden wir am Rande der Epiglottis kleine (höchstens klein-linsengroſse), zum Teil exkoriierte, speckig belegte Papeln. Schon im Laufe der ersten Schmiertour reinigten sich die Geschwürchen, während der zweiten war die Rückbildung deutlich, in der vierten Woche waren sie beinahe spurlos verschwunden. In einem dritten Falle (19jährige Dirne 1. Eruption. Makulöses Syphilid, Drüsenschwellungen, Plaques im Rachen, keine Halsschmerzen, keine Heiserkeit, Dauer 14 Tage) safsen

auf der Epiglottis und auf den ary-epiglottischen Bändern zahlreiche, nicht exkoriierte, breit aufsitzende, meist flache Papeln, zum Teil von Linsengröfse, welche sich unter intraglutäaler Injektion von gelbem Präzipitat (nach WATRASZEWSKY) ziemlich rasch rückbildeten. In diesen drei Fällen safsen die Papeln auf sonst normaler Schleimhaut. In vier weiteren Fällen safsen die Effloreszenzen auf einer geröteten Schleimhautpartie, während die andern Teile der Kehlkopfschleimhaut unverändert waren. Die Papeln waren durchwegs breit, flach, etwas gröfser als die vorher beschriebenen, und von ziemlich dunkler Farbe. Es handelte sich immer um wiederholte Rezidive. Einmal safs eine solche auf dem geröteten wahren rechten Stimmbande, einmal auf der Hinterfläche des linken falchen Stimmbandes zwischen dem linken falschen Stimmbande und lig. aryepiglotticum, zweimal über den Aryknorpeln. Einmal war eine Papel ziemlich tief zerfallen, sonst waren sie meist intakt. Von einigem Interesse ist folgender Fall:

23jährige Magd. Vor einigen Monaten ulcus. Jetzt seit unbestimmbarer Zeit makulopapul. Exanthem, Drüsenschwellung, Plaques im Rachen und auf den zerklüfteten Tonsillen, Heiserkeit, Halsschmerzen. Schleimhaut über den Aryknorpeln gerötet. Auf derselben links von der Mittellinie eine grofsstecknadelkopfgrofse Papel. Auf dem linken Stimmbande an seiner lateralen Partie eine linsengrofse, dunkle, scharf umschriebene Macula. Heilung binnen 68 Tagen unter WATRASZEWSKY.

In drei Fällen fanden wir chronischen Katarrh des Larynx. Auf der kranken Schleimhaut safsen die Papeln, gewöhnlich multipel. Meist safsen sie auf der Epiglottis, auf den aryepigl. Falten, auf den Stimmbändern. Die Papeln waren grofs, ziemlich hoch, meist erodiert, speckig belegt, einigemal ziemlich tief zerfallen. Ein Fall bot die Erscheinungen der von BOUCHERON und GOUGUENHEIM beschriebenen plaques très excavées: 21-jähriger Bildhauer, vor zwei Jahren infiziert; seitdem wiederholte sekundäre Attacken, nie ordentlich behandelt. Seit drei Wochen wieder krank, mit den gewöhnlichen Erscheinungen. Nirgends Gummen, keine Knochenaffektionen. Halsschmerzen. Über der rechten Aryknorpel ein unterminiertes, speckig belegtes, ziemlich

tiefgreifendes Geschwür, dessen Ränder erhaben höckerig sind. Die nächste Umgebung etwas gerötet, sonst die Schleimhaut normal. Die Bewegungen des Stimmbandes beinahe frei. Keine Druckempfindlichkeit des Kehlkopfes. Binnen vier Wochen ohne Lokalbehandlung fast vollkommene Ausheilung. Es ist nicht ganz leicht diesen Befund in ein Schema einzureihen. Um ein tiefes Gumma, oder um eine Perichondritis hat es sich bestimmt nicht gehandelt, das beweist die geringe Funktionsstörung und der glatte Verlauf. Gummata der Mucosa sind im allgemeinen ziemlich selten, und es ist nicht wahrscheinlich, dafs sich das erste Gumma dort lokalisieren würde. Bleibt also nichts als eine grofse, stark erodierte Papel.

3. Catarrhus laryngis syphiliticus. Die Frage, ob bei syphilitischen Personen eine besondere Art des Katarrhes vorkommt, ist noch nicht vollkommen erledigt; es ist das erklärlich daraus, dafs dem syphilitischen Katarrh fast alle besonderen Kennzeichen abgehen, und man im speziellen Falle bei der Beurteilung der Natur eines Katarrhes häufig auf den Einfluſs der Therapie angewiesen ist. Gegen die Behauptung, dafs die auffallend rasche Besserung der Larynxkatarrhe bei luetisch Kranken, die man im Krankenhause konstatieren kann, auf die günstigen hygieinischen Verhältnisse zurückzuführen sei, unter welche solche Patienten versetzt werden, können wir einwenden, dafs unsre Patienten infolge lokaler Verhältnisse (Raummangel) unter Bedingungen leben, welche der Heilung eines Larynxkatarrhes durchaus nicht zuträglich sind. Übrigens mufs noch bemerkt werden, dafs selbst unter günstigen äufseren Verhältnissen chronische Larynxkatarrhe ohne lokale Behandlung kaum so rasch heilen, wie man es bei luetischen so oft sieht.

Indessen findet man bei luetischen Katarrhen gewisse Merkmale viel häufiger als bei gewöhnlichen. a. Erstens findet man sehr häufig Affektionen, welche auf bestimmte Partien des Kehlkopfes beschränkt sind; bei diffuser Erkrankung findet man oft, dafs einzelne meist ziemlich scharf umschriebene Teile mehr affiziert sind als die andern. b. Zweitens sieht man sehr häufig speckig belegte Erosionen und kleine Geschwüre. Ich weifs sehr wohl, dafs alles dieses an und für sich durchaus nicht charakte-

ristisch ist, sondern auch bei gewöhnlichen Katarrhen vorkommt, aber diese Symptome treten bei der Syphilis aufserordentlich häufiger auf als sonst.

Wir fanden im ganzen 13 Fälle von diffusem Katarrh, welche unter antiluetischer Allgemeinbehandlung sehr rasch zurück gingen. In nicht weniger als zehn Fällen waren speckig belegte Erosionen vorhanden, und zwar dreimal auf dem freien Rande der Epiglottis, je einmal in der Mitte der oberen Epiglottisfläche, auf beiden Stimmbändern an korrespondierenden Stellen (Kontakt?), in der regio interarytaenoidea, auf dem linken ligamentum aryepiglotticum; dreimal auf der hinteren Partie eines Stimmbandes nahe dem Ansatze. Alle 13 Patienten waren erst vor ziemlich kurzer Zeit infiziert worden, einer sogar erst vor acht Wochen. — In 15 Fällen fanden wir isolierte Partien des Larynx affiziert, darunter zehnmal speckige Erosionen. In den fünf unkomplizierten Fällen waren zweimal das rechte Stimmband (1 Fall bot vollkommen das Bild der chorditis tuberosa), einmal beide Stimmbänder, zweimal die Schleimhaut über und zwischen den Aryknorpeln befallen. In den zehn mit Erosionen komplizierten Fällen war achtmal die Epiglottis angegriffen, dreimal safsen dieselben auf dem freien Rande, zweimal in der Mitte, und dreimal waren multiple, höchstens linsengrofse Erosionen über die ganze Epiglottis zerstreut. In zwei Fällen safs je eine stecknadelkopfgrofse Erosion auf dem linken lig. aryepiglotticum. Alle diese Erosionen safsen ganz flach auf der Schleimhaut auf, höchstens war der Grund derselben etwas erhaben. Nur in drei Fällen von Erosionen der Epiglottis waren die Ränder wallartig aufgeworfen, buchtenförmig zerfressen, so dafs es den Anschein gewann als handele es sich um exulcerierte Papeln (plaques trés excavées. Gouguenheim und Boucherau). Es handelte sich um zwei Weiber und einen Mann 15—25 Wochen nach der Infektion, mit den gewöhnlichen Erscheinungen. Der Verlauf war ein ziemlich rascher, der hartnäckigste Fall brauchte zur Heilung fünf Wochen.

In elf Fällen fanden wir katarrhalische Erscheinungen an zwei oder mehreren Stellen, getrennt von normaler Schleimhaut. Nur in zwei Fällen waren Erosionen vorhanden. Sechsmal

waren die Epiglottis und die Stimmbänder befallen, meistens beide zugleich. Die Epiglottis war viermal im ganzen gerötet, geschwollen, ihr Epithel getrübt; zweimal waren nur einzelne Partien meist in der Nähe des freien Randes ergriffen. — N. J. 19-jähriger Müller. Immer gesund gewesen. Vor sieben Wochen ulcus durum in der corona glandis, dessen Spuren noch bemerkbar sind. Seit 14 Tagen Heiserkeit, Flecke am Körper. Bis jetzt nicht behandelt. Patient kräftig gebaut, gut genährt. Innere Organe frei, insbesondere keine Lungenerkrankung. Allgemeine Drüsenschwellung, grofsmakulöses, zum Teil papulöses Exanthem, verbreitet über Stamm und Extremitäten. Nässende Kondylome um den After, Plaques im sulcus glandis. Rachen frei bis auf mäfsigen chronischen Rachenkatarrh (Patient ist Raucher), keine Plaques, Mandeln leicht vergröfsert, ihre Schleimhaut unversehrt. Schwellung und Rötung der gröfseren Hälfte (links) der Epiglottis, stellenweise Epitheltrübungen (durch die halbseitige Schwellung erhält das Organ eine eigentümlich assymetrische Form). Beide Stimmbänder schmutzig braunrot, uneben; auf dem rechten Stimmbande nahe dem freien Rande eine lineare speckige Erosion; ähnliche kleine auf dem linken. Schmierkur. Binnen zwölf Tagen wesentliche Besserung, binnen 20 Tagen beinahe vollständige Ausheilung.

In vier Fällen waren die Stimmbänder und die Schleimhaut der Arytänoidalgegend befallen. 37jähriger Tagelöhner. Immer gesund gewesen. Vor einem Jahre ulcus durum. Seitdem schon zweimal Exanthem. Jetzt seit zwei Monaten zwei Recidive. Drüsenschwellung, kleinpapulöses Exanthem, Kondylome in den Achselhöhlen, in den Ellbogenhöhlen, in der rechten Kniekehle und im Nacken. Speckige Erosionen in den Mundwinkeln. Plaques im Rachen, zerklüftete Tonsillen. Bedeutende Schwellung und Rötung der Stimmbänder und der Mucosa der reg. arytaenoid., daselbst eine halblinsengrofse speckige Erosion mit flachen Rändern. Watraszewsky. Nach neun Tagen Erosion gereinigt, auf dem freien Rande der Epiglottis (links) eine neue ähnliche in etwas geröteter Umgebung. Schmierkur. Nach weiteren 14 Tagen Heilung; zugleich Involution der andern Symptome. — In einem Falle war das linke lig. aryepiglotticum

und die Schleimhaut der regio interarytänoidea befallen. Es handelte sich um einen 26jährigen Kaufmann, zwölf Wochen nach dem Auftreten des Primäraffektes. Heilung unter Lukreichschen Injektionen binnen 14 Tagen.

Endlich hätten wir noch vier Fälle zu besprechen, welche dadurch ausgezeichnet waren, dafs lokalisierte Katarrhe des Larynx kompliziert waren mit Erosionen an Partien, welche sonst frei waren. In allen vier Fällen handelte es sich um ältere Lues, mit wiederholten Recidiven. In zwei Fällen war der Rachen vollkommen frei. Keine Spur von Plaques. Dreimal Katarrh der Epiglottis mit Erosionen, einmal des rechten Stimmbandes, zweimal der reg. arytaenoidea. Einmal war Katarrh der Stimmbänder kompliziert mit Erosionen auf der Epiglottis. In allen Fällen erfolgte rasche Heilung.

Zum Schlusse mufs ich noch einige Fälle erwähnen, welche eigentümlich sind wegen eines auffallend frühzeitigen Auftretens von tiefen Geschwüren.

1. 23jährige Dirne. Vor sechs Monaten ulcus. Vor drei Monaten erste sekundäre Symptome. Heilung unter Schmierkur. Seit 14 Tagen Exanthem, Heiserkeit. Mittelgrofs, kräftig gebaut, innere Organe frei. Makulopapulöses Exanthem, Drüsenschwellung. Pharynx und Tonsillen frei. Schleimhaut des Larynx blafs. Auf dem linken wahren Stimmbande, das sonst vollkommen normal ist, nur bei der Phonation nicht vollkommen schliefst, eine ziemlich lange speckige Erosion, von der normalen Schleimhaut durch eine haarfeine rote Linie getrennt. Die Differenz zwischen der normalen und erkrankten Schleimhautpartie war so gering, dafs man nur bei Tageslicht überhaupt etwas bemerken konnte. Schmierkur. Nach sechs Tagen war dies Geschwür gereinigt, und es zeigte sich jetzt, dafs dasselbe ziemlich tief reichte. In vier Wochen war die Heilung vollkommen.

2. M. K. 26-jähriger Arbeiter, aufgenommen am 14. Juni 1884. Ulcus dur. im Februar. Im April Exanthem. Im Mai erstes Recidiv. Beidemal Schwinden der Symptome nach einer Schmierkur binnen kurzer Zeit. Jetzt zweites Recidiv seit sechs Tagen. Heiserkeit, Schmerzen beim Schlingen. Sonst immer gesund gewesen. Innere Organe frei. Auf der Haut und

achen die gewöhnlichen Erscheinungen. In der regio inter-
enoid. ein tiefes kesselartiges Geschwür, die aufgeworfenen
ifteten Ränder speckig belegt. Epiglott., aryepiglott.
n und auch die Stimmbänder geschwollen, gerötet, ihr
el stellenweise getrübt. Schmierkur. 8. Juli. Larynx
normal. An Stelle des Geschwüres eine graue Verfärbung
Epithels. Derselbe Patient kommt zum
. am 30. November wieder auf unsre Abteilung, neben
gewöhnlichen Erscheinungen Halsschmerzen, hochgradige
rkeit. Weicher Gaumen gerötet. Tonsillen grofs, zerklüftet,
iche speckige Plaques auf denselben. Aditus ad laryngem,
ottis, falsche Stimmbänder gerötet, geschwollen; die
n graurot verfärbt; in ihrer ganzen Länge speckig belegte
würe mit unregelmäfsigen, ausgefressenen Rändern. Zwischen
Stimmbändern ein tiefes ebenso beschaffenes Geschwür.
erkur. 9. November. Patient ward fast geheilt entlassen.
Ganz analog diesem sind der vierte und der fünfte Fall.
das Zustandekommen der syphilitischen Eruptionen im
x sind die Meinungen geteilt. Der eine Teil der Autoren
otet, dafs Unbilden der Witterung, Anstrengungen des
opfes prädisponierende Momente seien, ebenso für luetische
xaffektionen, wie für Katarrhe. Diese Behauptung ist
mmen unerwiesen, auch erklärt sie die Entstehungsweise
ben nicht. Es ist eine andre Frage, ob nicht die Syphilis
rädisponierendes Moment sei für Kehlkopfkatarrhe über-
d. h. ob nicht bei Luetikern leichter und häufiger Ka-
des Kehlkopfes entstehen als sonst. Diese Frage ist
aus nicht von der Hand zu weisen. Von unsern Kranken
enigstens eine grofse Zahl an Kehlkopfkatarrhen. (Siehe
)

Nach der Ansicht der andern sind die Larynxaffektionen
abhängig von den ulcerösen Prozessen im Rachen, und
in der Weise, dafs das Sekret der letzteren in den Kehl-
hinabfliefse und auf diese Weise durch Kontaktinfektion
rkrankung erzeuge. Gestützt wird diese Hypothese haupt-
ch darauf, dafs man angeblich nur bei bestehender Rachen-
on Lokalisationen im Larynx finde. Diese Behauptung

ist durchaus nicht stichhaltig. Ich habe einige Patienten gesehe (siehe oben die Beschreibung der Fälle), bei denen verschiede Lokalisationen im Kehlkopf bestanden bei vollständig freie Pharynx. Dafs man solche Fälle sehr selten findet, erklärt sic sehr einfach daraus, dafs die überwiegend grofse Mehrzahl d Patienten, welche an Frühformen der Syphilis leiden, mit L kalisationen im Rachen behaftet sind. In der That ist wo das vereinzelte Auftreten der Larynx-Lokalisationen weniger au fallend als das enorm häufige Auftreten der Pharynx-Lokali tionen. Dieses erklärt sich wohl aus der starken Entwickelu des adenoiden Gewebes in diesen Partien, welches wahrschei lich so wie das adenoide Gewebe der Lymphdrüsen ein De des syphilitischen Virus ist.

Ich bin der Überzeugung, dafs die syphilitischen Affektion des Larynx in den meisten Fällen hämatogenen Ursprunges sin Damit soll natürlich nicht gesagt sein, dafs nicht in einzel Fällen Papeln oder Erosionen am Rande der Epiglottis oder a einem lig. aryepiglotticum durch Kontaktinfektion in oben b schriebener Weise entstanden sein können.

Zum Schlusse noch einige statistische Daten. Es wur untersucht 1045 Patienten. 856 hatten einen normalen K kopf. 62 hatten syphilitische Lokalisationen im Larynx (c 6 %) und 119 litten an akutem oder chronischem Larynxkatar es ist das eine auffallend hohe Zahl (mehr als 11 %). I glaube nicht, dafs man auch sonst unter 100 Menschen 11 m Kehlkopfkatarrh finden wird. Die Litteratur ist in der Arb von Chiari und Dovrak im *Archiv für Dermatologie und S philis.* 1882 zusammengestellt, so dafs ein weiteres Eingehen i dieselbe hier überflüssig erscheint.

Über extragenitale Syphilisinfektion.

(Ein Fall von Ulcus induratum der Tonsille.)

rtrag, gehalten in der Russischen Syphilidologischen Gesellschaft

von

Dr. O. Petersen
in St. Petersburg.

Die Infektion mit Syphilis wird in den Städten bekanntlich sächlich durch den Geschlechtsverkehr vermittelt; wir sind gewohnt die ulcera indurata an den Geschlechtsteilen chen und zu finden. Sollte man jedoch den Angaben der en Glauben schenken, so käme man zu dem Schlufs, dafs enitale Infektionen sehr häufig zu stande kommen. Wer ns hätte nicht von seiten der Patienten Aussagen gehört, cten sich in der Badestube, durch den Gebrauch schmutzigen geschirrs u. s. w. infiziert; manche versuchen sogar einer ion im Traume Glauben zu verschaffen. In allen diesen jedoch gelingt es bei unmittelbarer Besichtigung der lien aber, diese Aussagen Lügen zu strafen. Nach den gen der Patienten müfsten die allgemeinen Badestuben und häuser eine grofse Rolle bei der Verbreitung der venerischen heiten in den Städten spielen. Zieht man jedoch in Betracht, ufig sich in den Badestuben Kranke mit Kondylomen am waschen, wie häufig in den Kneipen niederen Rangs Leute ässenden Papeln an den Lippen ihren Durst löschen, so man sich nur wundern, dafs wir Primäraffektionen an enitalen Stellen in Petersburg relativ so sehr selten an-

s stehen uns leider bisher verhältnismäfsig nur wenig Daten ie Häufigkeit der extragenitalen Infektion zu Gebote. Im von Rufsland in den Dörfern findet bei 75 % der itiker extragenitale Infektion statt, doch ist zu bemerken, ort vorherrschend Kinder erkranken. Das gröfste diesbe- ne Material ist im Handbuch von Mauriac vorhanden, er nach Berichten von Basserau, Clerc, Le Fort und

Fournier — 1773 Fälle von Syphilis bei Männern zusamme gestellt hat, unter denen sich nur 76 (4,3 %) harte Schank aufserhalb der Genitalien finden, u. z.

auf den Lippen	36	mal
am After	12	„
auf dem Abdomen	9	„
auf der Zunge	8	„
auf den Zehen	3	„
auf den Fingern	2	„
auf den Augenlidern	2	„

und je 1 mal auf dem Gesäfs, dem Zahnfleisch, der Wange u dem Nasenflügel.

Ich habe in der von mir geleiteten venerischen Abteilu des Alexanderhospitals im Laufe von sieben Jahren etwas and Resultate erhalten (1878—1884). Im Laufe dieser Zeit si 1208 Männer mit frischer Syphilis in die Abteilung aufgenomm worden; unter diesen habe ich nur bei 23 (1,9 %) extragenit Schanker gefunden, u. z.

auf den Lippen	11	mal
am After	9	„
auf dem Abdomen	2	„
auf der Wange	1	„

Vergleichen wir diese Ziffern mit denen Mauriacs, so seh wir, dafs die extragenitale Infektion in Frankreich um d doppelte so grofs ist, als in Rufsland (oder doch wenigstens Petersburg). Ich wage es nicht, diese Thatsache mit Sicherh zu erklären, jedoch scheint mir, dafs widernatürliche Befriedig des Geschlechtstriebes in Frankreich jedenfalls häufiger ist, bei uns in Rufsland, wenigstens unter der niederen Bevölkerun welche das Hauptkontingent meiner Abteilung bildet. Auf unsern Daten haben wir in bezug auf Rufsland nur sehr we andre zur Verfügung. Prof. A. G. Gay[1] in Kasan sagt seinem Handbuch, 91,1 % harte Schanker sitzen auf den Ge talien, 3,2 % auf den Lippen, 1,7 % am After und 3,9 %

[1] *Kursus der venerischen Krankheiten.* 2. Ausgabe. 1883. pag. 2 (Russisch.)

rn Stellen; folglich wäre die Prozentzahl des harten extra-
alen Schankers nach GAY 8,9 %. BOGOLJUBOFF gibt in
m Bericht des Kronstädter Marinehospitals an, dafs er unter
Syphilitikern 4 Fälle von extragenitalem Sitz der Primär-
tion (2 mal auf den Lippen und je 1 mal auf dem Augen-
und der Tonsille), d. h. 0,5 % gefunden habe.
GRÖDINGER[2] hat im Rigaer Hospital „Alexandershöhe" unter
Kranken 3 Fälle von extragenitaler Infektion, d. h. 1,3 %
al auf den Lippen, 1 mal auf dem Finger) gefunden.
eſst man GAYS Ziffern aus, da uns unbekannt ist, auf wie-
Fällen sie beruhen, so ergibt sich, dafs BOGOLJUBOFF und
INGER eine noch geringere extragenitale Infektion haben,
h im Alexandershospital für Petersburg.
Alles bisher Gesagte bezieht sich auf Männer. Etwas
s gestaltet sich die Frage bei Frauen. MAURIAC hat (nach
INEAU und FOURNIER) 292 Fälle frischer Syphilis bei Frauen
mengestellt und in 19 Fällen (6,5 %) extragenitale Schanker
den, u. z.

auf den Lippen	9	mal
am After	5	„
an der Brustwarze	2	„

je 1 mal auf einer Tonsille, dem Gesäfs und dem Gaumen.
er Sitzung der Pariser Akademie der Medizin am 25. Ok-
1887 gibt FOURNIER an, dafs von 887 Frauen bei 4,5 %
genitale Infektion vorgekommen.)
Daraus ersieht man, dafs (wenigstens in den Städten Frank-
s) die Infektion durch das Säugegeschäft nicht so häufig ist,
wir gewöhnlich annehmen. Äufserst interessant ist die An-
von SPERK, dafs im Kalinkinhospital bei 24,3 % der syphi-
hen Frauen extragenitale Infektion vorkommt (doch bezieht
diese zum Teil auf Frauen, die vom Lande ins Hospital
dt werden). Im Bericht von W. A. KOBYLIN[3] aus der
ulanz des Kalinkinhospitals für das Jahr 1880 ist gesagt,
er im Laufe des betreffenden Jahres sechsmal harte Schanker

[2] *Bericht über die syphilitische Abtheilung des Hospitals zu Alexanders-*
Riga 1885.
[3] *Bote für gerichtl. Medicin und allg. Hygiene.* 1882. pag. 79—106.

der Brustwarzen unter 77 Frauen mit frischer Syphilis gefund habe. PLINATUS[4] hat in der Ambulanz der Kreuzeserhöhun Schwesterschaft im Laufe von 1870—1873 13 Fälle gesehe in denen die Infektion durch das Säugen von Kindern d Findelhauses vermittelt wurde. Diese wenigen Daten beweise dafs die Initialsklerose der Brustwarzen bei uns recht häufig troffen wird.

Aus alle dem bisher gesagten kann man nur den Schl ziehen, dafs das Material vorläufig noch zu gering ist, um d mittlere Prozentziffer genitaler und extragenitaler Infektion en gültig entscheiden zu können. Noch ungenügender sind d Daten über den Ursprung extragenitaler Infektionen. MAUBL hat für seine Ziffern gar keine Details geliefert, sondern si mit der Bemerkung begnügt, dafs die Ursache einesteils in d widernatürlichen Befriedigung des Geschlechtstriebes, anderntei in Küssen und zufälligen Berührungen infizierter Gegenstände s suchen sei. Diesen allgemeinen Schlufs bestätigen auch unse Zahlen: im ganzen haben wir 144 Fälle von extragenitale Infektion gefunden; darunter safs der Primäraffekt:

auf den Lippen	60 mal	(41,5 %)
am After	26 „	(18,0 %)
an den Brustwarzen	21 „	(14,7 %)
auf dem Abdomen	11 „	(7,5 %)
auf der Zunge	8 „	
auf den Zehen	3 „	
auf den Fingern	3 „	

u. s. w.

Ich habe mich bemüht, in allen von mir untersuchte Fällen, die Ursache herauszufinden. Alle meine Fälle vo Schankern der Lippen betrafen Handwerkslehrlinge von 9—1 Jahren, die in Artels (Genossenschaften) lebten. Einst kame zwei Knaben aus demselben Artel gleichzeitig zu mir, hatten sic folglich wahrscheinlich an derselben Quelle infiziert. Betreff des harten Schankers des Afters habe ich unter neun Fälle siebenmal widernatürliche Befriedigung des Geschlechtstriebes

[4] *Medizinskij Wjestnik.* 1873. No. 19.

atieren können. In den übrigen zwei Fällen mufste man zufällige Infektion zulassen: die Patienten hatten in einem mit Syphilitikern geschlafen, die mit nässenden Kondylomen Gesäfses behaftet waren, und deren Bettwäsche stets benutzt war. Der harte Schanker der Wange war durch einen mputiert worden (Judaskufs).

Eine Infektion in der Badestube habe ich keinmal angetroffen, ch, wie gesagt, die Kranken sehr häufig dieselbe, augenlich ganz ungerechtfertigter Weise, anschuldigen. —

All das bisher gesagte bezog sich hauptsächlich auf den Schanker der äufseren Bedeckung. Ich gehe auf die vom ulcus induratum der Schleimhäute über. An den angsstellen des äufseren Integuments zu den Schleimhäuten, tlich der Lippen und weiblichen Genitalien, findet sich arte Schanker recht häufig. Anders verhält es sich mit dem ker der Schleimhaut allein; hier ist die Diagnose viel riger.

Heissl sagt, auf der Schleimhaut der Vagina ist es fast glich, einen harten Schanker aufzufinden; leichter ist es wenn er auf der Portio sitzt, obgleich er auch hier selten offen wird. Fournier hat unter 247 Fällen nur ein einmal einen indurierten Schanker der Vagina (am Introitus e 9 mal) gefunden. Klink hat 2846 Fälle gesammelt keinen einzigen harten Schanker in der Vagina selbst können (am Introitus 718 mal). Binet[5] hat in dem al Sourcine unter 128 Fällen im Laufe der Jahre 1876 80 nur einen einzigen Vaginalschanker (aufserdem einmal m Hymen) angetroffen. Auch auf der Portio findet sich lcus induratum sehr selten, ja einige Autoren, darunter ss, stellen die Auffindung daselbst ganz in Abrede. Unter hankern der Portio, die Schwartz in seiner Dissertation melt hat, waren es in 19 Fällen indurierte. Prof. Horwitz, Handbuch wir diese Daten entnommen haben, hat nur einzigen Fall von ulcus induratum der Portio gesehen.

Iracek[6], welcher 437 frisch syphilitische Frauen unter-

France médicale. 1881. No. 4 u. 5.
Vierteljahresschrift für Dermatol. und Syphilis. 1881.

sucht hat, hat in 4,7 % der Fälle ulcus induratum der Port vaginalis gefunden. In Ermangelung von weiblichem Kranke material kann ich mich nicht auf eigne Erfahrungen berufe trotzdem scheint mir, dafs MRACEKs Prozentzahl eher eine Au nahme, als eine Regel bildet. Es wäre interessant zu erfahre welche Daten das Kalinkinhospital und die Charité in dieser B ziehung ergibt.

Auf der Schleimhaut des Rectums wird das ulcus indurat soweit mir bekannt ist, äufserst selten angetroffen. RICORD h nur einen derartigen Fall beschrieben. BINET und MARTINE haben 25 Fälle (allerdings inklusive ulcera mollia) gesammelt.

In der Mundhöhle wird das ulcus induratum hauptsächli auf der Zunge und dem Zahnfleische getroffen; im Rachen d gegen nur sehr selten. Hinsichtlich des Rachens haben wir ei sehr interessante Arbeit in der Abhandlung von Dr. SCHADE in Kiew, welcher 65 Fälle von ulcus induratum des Rache aus der Litteratur gesammelt und drei neue Fälle hinzugefü hat. Mir will es scheinen, dafs man bei der Diagnose des hart Schankers des Rachens eine besondere Vorsicht beobachten mu Ich erlaube mir daher die SCHADEKschen Fälle nochmals ein Kritik zu unterwerfen. Zu 17 Fällen existieren nur kurze B merkungen, so dafs man die Richtigkeit der Diagnose nicht m Sicherheit beurteilen kann (derart sind 2 Fälle von MECLALLE 2 von SCHIRJAEW, 6 von MACKENZIE, 4 von BINET, 1 v BARTHÉLEMY und 2 von BOECK). 4 Fälle gibt SCHADEK selb als verdächtig an (die Fälle von RICORD, BUCQUOY, GILBE und HULOT). Es wäre also richtiger diese 21 Fälle aus d Statistik fortzulassen. Aufserdem scheint uns auch der drit SCHADEKsche Fall nicht ganz überzeugend zu sein: „Ein Kn von drei Jahren erkrankte an fieberhaften Erscheinungen, Schme zen im Rachen und Schwellung der Submaxillardrüsen. D Krankheit wurde für Diphtheritis gehalten (im Rachen bestan ein Diphtheriegeschwür); dementsprechend wurde innerlic Chinin, Pinselungen des Rachens mit liquor ferri sesquichlor

---

[1] *Über die syphilitischen Initialsklerosen des Rachens.* Kiew 188 (Russisch.)

w. verordnet. Der fieberhafte Zustand verging sehr bald, Rachenveränderungen dagegen waren nicht nur nicht besser, rn schlimmer geworden. Die Ulceration, die früher nur eine Tonsille eingenommen, hatte auf das Gaumensegel und Uvula übergegriffen; die benachbarten Drüsen waren deutlich siert, und bald darauf entwickelte sich ein allgemeines papu- Exanthem u. s. w." Abgesehen davon, dafs die Kranken- ichte nur kurz und unklar wiedergegeben ist, mufs bemerkt en, dafs SCHADEK weder von dem Gesundheitszustand der n, noch von früheren Erkrankungen des Kindes etwas Näheres t. Die Krankheit der Wärterin wird auf die Aussagen der er hin angenommen.

Es bleiben somit von den 68 Fällen von Initialinfektion Rachens nur 46 übrig, in denen die Diagnose nicht an- eifelt werden kann. In 34 von diesen 46 Fällen hatte harte Schanker seinen Sitz auf einer Tonsille, 12 mal an n Stellen des Rachens.

Bei der Durchsicht der Litteratur der letzten zwei Jahre wir noch einige Fälle aufgefunden.

TAYLOR[8] hat vier Fälle von Tonsillarschanker beschrieben, deren Grund widernatürliche Befriedigung des Geschlechts- s (coitus per os) konstatiert wurde. Der fünfte Fall des- Autors ist nur kurz beschrieben und nicht überzeugend.

Ferner hat auch in Amerika CHARLES H. KNIGHT[9] zwei aus der Praxis des Dr. BUMSTEAD mitgeteilt, aber auch diesen ist nur der eine, und zwar nur kurz beschriebene, allen Zweifel erhaben. Auch in diesem Falle war Coitus os die Ursache; bemerkenswert ist, dafs in allen diesen n der Schanker auf der linken Tonsille seinen Sitz hatte.

In allerletzter Zeit hat Dr. TOMASCHEWSKY[10] einen un- felhaften Fall von ulcus induratum der linken Tonsille bei 15jährigen Mädchen mitgeteilt (nicht zu verwechseln mit Mitteilung desselben Autors[11] über ulcus molle einer Ton-

[8] *New-York Medical Record.* 1884. Mai 24.
[9] *New-York Medical Record.* 1884. Juni 14.
[10] *Russkaja Medizina.* 1885. No. 18 u. 19.
[11] *Medizinskij Wjestnik.* 1884. No. 16 u. 17.

sille, welches sich späterhin als Ulceration eines Syphilisrecidivs erwies).

Schliefslich hat Dr. TSCHISTJAKOW in der Sitzung der Russischen Dermatologischen und Syphilidologischen Gesellschaft vom 30. November 1885 einen Fall von hartem Schanker der rechten Tonsille vorgeführt.

In der Arbeit über Rupia von Dr. W. A. LEWEKE[12] wird beiläufig erwähnt, dafs Prof. B. M. TARNOWSKI zwei Fälle von syphilitischer Sklerose einer Tonsille gesehen habe, wobei in beiden Fällen Katheterisation der Tuba Eustachii das ätiologische Moment abgab.

Fügen wir den unten angeführten Fall hinzu, so ergeben sich alles in allem 42 unzweifelhafte Fälle von ulcus induratum der Tonsillen (SCHADEK nahm 54 an). Betreffs des Ortes haben wir nur in 30 Fällen genaue Hinweise, u. z. hatte der harte Schanker 18mal auf der rechten, 12mal auf der linken Tonsille seinen Sitz. Was das Geschlecht anbetrifft, so war das ulcus induratum bei Männern etwas häufiger als bei Weibern angetroffen. Auch hinsichtlich des Alters besteht keine scharfe Grenze. Oft wurde der harte Schanker bei Kindern von 3 bis 14 Jahren, einmal bei einem 54jährigen alten Weibe, gefunden. In allen 42 Fällen bestanden zuerst die lokalen Symptome, die erst in zweiter Linie von allgemeinen Erscheinungen gefolgt waren. Besonders charakteristisch ist der von fast sämtlichen Autoren angegebene Umstand, dafs die submaxillaren Drüsen früher und stärker geschwollen waren, als die axillaren und inguinalen.

Die Frage über die Ätiologie der Infektion ist noch sehr dunkel, wenn man nicht die von den Amerikanern mitgeteilten widernatürlichen Geschlechtsbeziehungen in Betracht ziehen will. Übrigens ist das ätiologische Moment auch in zwei Fällen von MAURIAC, welche Arbeiter auf Glasfabriken betreffen, klar, welch letztere bekanntlich die Blaseröhren von Mund zu Mund wandern lassen. Dabei kann das Gift direkt auf die Tonsille gebracht werden. In der Mehrzahl der Fälle ist die Ana-

[12] *Russkaja Medizina.* 1886.

manese unaufgeklärt. In 7 Fällen wurden Küsse beschuldigt, in 3 Trinkgeschirre, in 2 Saugflaschen. Ich halte es nicht für überflüssig hier eines Faktums zu erwähnen, welches HARDY[13] mitteilt, als ob ein Arzt 30—40 Menschen beim Katheterisieren der Eustachischen Trompete infiziert habe. Ich habe leider keine Details über diesen bedauernswerten Fall finden können und kann also über die Glaubwürdigkeit desselben nicht urteilen.

Interessant ist es, dafs in einem Falle von Ulcus induratum der Tonsillen der Infektion eine follikuläre Angina vorausgegangen war. In meiner bereits mehr als zehnjährigen venerischen Praxis habe ich einige tausend harte Schanker gesehen, jedoch nur einen einzigen Tonsillarschanker, und zwar in der Privatpraxis zu Gesicht bekommen. Daher möchte ich folgendes darüber mitteilen.

Am 18. Dezember 1884 schickte mir ein Kollege einen Kranken behufs Aufklärung der Diagnose zu. Die Eltern des Kranken waren gesund (der Vater hatte aufser einem Tripper keinerlei venerische Krankheiten gehabt); er selbst war in seiner Jugend stets gesund gewesen. In seinem 16. Jahre hat Dr. K. RAUCHFUSS ihm wegen Hypertrophie der Mandeln je ein Stück aus denselben mit dem Tonsillotom entfernt. Die zwei Schwestern des Kranken sind gesund. Vor vier Jahren untersuchte ich Patienten behufs seiner Lebensversicherung und fand ihn ganz gesund. Bereits seit drei Jahren leidet er an einem Magenkatarrh, die Zunge ist selten rein; häufige Obstipation, und daher fast immerwährender Gebrauch von Vichy und Karlsbader Salz.

Vor 7½ Jahren acquirierte Patient einen Tripper, der wegen ungenügender Behandlung circa ½ Jahr andauerte. Seit sieben Jahren verheiratet, hat er einen gesunden, gut entwickelten Knaben von sechs Jahren. Eine Tochter von zwei Jahren ist am Scharlach gestorben. Die Frau ist im achten Monat schwanger; die letzte Kohabitation war vor zwei Wochen. Vor ungefähr zwei Monaten machte Patient eine von Fieber begleitete follikuläre Angina durch, welche ungefähr eine Woche dauerte und

[13] *Gazette des hopitaux*. 1878. No. 106.

darauf verging. Vor circa zehn Tagen trat die Angina wieder auf, jedoch ohne Fieber und nur auf der rechten Seite, diesmal wich sie jedoch der gewöhnlichen Behandlung nicht.

Patient ist ein wohlhabender Kaufmann von 35 Jahren (Höhe des Körpers 172 cm, Brustumfang 97 cm), von guter Konstitution und Ernährung. Die Stimme ist unrein. Die Schleimhäute sind normal gefärbt. Die Haut glatt und weich. Auf der Brust, dem Bauch, den Schultern und Armen eine dichtgesäte, blafsrosa Roseola, auf der rechten Körperhälfte mehr ausgesprochen, als auf der linken. Geschlechtsorgane normal. Auf dem Penis sind weder Ulcerationen noch Narben, noch auch Verhärtungen nachzuweisen. Die Submaxillardrüsen bedeutend vergrößert und hart anzufühlen (rechts mehr als links); auch die Halsdrüsen sind rechts größer, als links, namentlich ist eine von der Größe einer Haselnufs und hart. Die Nuchal- und Axillardrüsen sind mäfsig vergrößert; die Kubital- und Inguinaldrüsen dagegen kaum vergrößert. Inmitten der belegten Zunge und auf dem harten Gaumen Schleimhautpapeln. Die rechte Tonsille deutlich vergrößert, mäfsig gerötet; auf der Konvexität befindet sich ein Geschwür (von Kleinfingernagelgröfse) von unregelmäfsiger Form, mit ungleichmäfsigen, aufgeworfenen Rändern von blafsrosa Farbe. Die rechte Tonsille fühlt sich deutlich härter an, als die nur etwas vergrößerte linke. Die Stimmbänder sind gerötet, leicht verdickt. In den übrigen Organen nichts Abnormes.

Aus dem Befunde war es nicht schwer Syphilis zu diagnostizieren — zur nicht geringen Verwunderung des Patienten, der seit seiner Verheiratung keine aufserehelichen Verbindungen gehabt zu haben angab. Wir konnten natürlich an ein Recidiv denken und nicht an eine frische Infektion. Der Hausarzt jedoch, der den Kranken im Laufe von sechs Jahren wöchentlich besucht hatte, versicherte, dafs innerhalb dieser sechs Jahre keinerlei syphilitische Erscheinungen vorhanden gewesen seien. Aufserdem sprach zu gunsten einer frischen Infektion die Erkrankung der rechten Tonsille, selbst die Ulceration erinnerte lebhaft an einen harten Schanker; ihr Boden war hart, ohne Belag. Weiterhin waren die Submaxillardrüsen rechts stärker

geschwellt als links, und überhaupt die Submaxillar- und Cervikaldrüsen mehr affiziert, als die inguinalen. Auch dieser Umstand sprach dafür, dafs das Gift in der oberen und nicht in der unteren Körperhälfte seinen Einzug genommen.

In anbetracht aller obgenannten Daten hielt ich mich für berechtigt, einen harten Schanker der rechten Tonsille zu diagnostizieren, wenngleich die Art der Infektion unklar blieb. Das einzige, was sich sagen liefs, war, dafs die vorhergegangene follikuläre Angina den Boden zur Aufnahme des Virus geeignet gemacht hatte.

Durch meine Diagnose beunruhigt, bat mich der Kranke, seine ganze Familie zu untersuchen. Der Sohn und sämtliche Dienstboten erwiesen sich als gesund, aber die Frau war krank. Anamnestische Daten für eine Erklärung der Infektion waren nicht vorhanden. Aufser an Zahnschmerzen hatte sie an nichts Andrem gelitten. Die Zähne waren in der That durch Caries stark mitgenommen, so dafs sie es häufig mit Dentisten zu thun hatte. Am 19. Dezember 1884 hatte sie einige Tage nach einem fieberhaften Zustande ein Wannenbad genommen. Am nächsten Morgen bemerkte sie auf der Brust kleine, dichtgesäte, blafsrosa Flecken, auf dem Kopf und der Haargrenze Knötchen. Stat. praesens am 22.Dezember: Patientin, 28 Jahre, von kleinem Wuchse und zarter Konstitution. Abdomen vergröfsert, entsprechend dem achten Monat der Schwangerschaft. Auf dem Abdomen, der Brust und den Armen eine deutliche Roseola; auf der Stirn, an der Haargrenze und unter den Haaren auf dem Hinterhaupt mit Borken bedeckte Papeln. Von den Drüsen nur die Maxillaren, Submentalen, Nuchalen und Axillaren vergröfsert, die Inguinalen nicht.

Der Rachen leicht gerötet. Die Tonsillen unverändert. Fast sämtliche Zähne von Caries betroffen. Das Zahnfleisch geschwollen und hyperämisch; die Ränder sind stellenweise exulceriert, namentlich entsprechend dem ersten linken Backenzahn. Der Boden dieses Ulcus ist hart.

Mir scheint sehr wahrscheinlich, dafs die Infektion entweder durch einen Kufs des Mannes, oder aber durch Hände oder Instrumente des Zahnarztes vermittelt worden ist.

Der Mann sowohl als auch die Frau wurden einer Quecksilberschmierkur unterworfen, in Bälde schwanden alle Erscheinungen, und sind beide Gatten bisher frei von Recidiven geblieben.

Am 25. Januar 1885 wurde Frau N. N. von einem gesunden, gut entwickelten Knaben entbunden, der keine Spur von Lues aufwies. Am 17. Februar wurde ich abermals zu N. N. gerufen. Der Knabe hatte eine heftige Rhinitis mit blutiger Sekretion und einer oberflächlichen Ulceration der Nasenscheidewand. Die Drüsen waren nicht vergrößert, Ernährung und Verdauung gut. Auf der linken inneren Hohlhand, dem linken Unterschenkel und dem Gesäfs saßen rotbraune Papeln von verschiedener Größe; es wurde eine lokale Quecksilberbehandlung eingeschlagen, gegen den Schnupfen eine Kokainlösung (mit vorzüglichem Erfolg) angewandt.

Im Sommer 1885 erkrankte, wie mir der Hausarzt N. N. mitteilte, die Amme des Kindes; es entwickelte sich bei ihr ein ulcus induratum der linken Brustwarze; das Kind hatte nässende Papeln der Lippen, zu entsprechender Zeit trat Polyadenitis und Roseola ein.

Die Familie N. N. habe ich noch vor kurzem, also drei Jahre nach der Infektion und Kur gesehen, Recidive sind bisher nicht weiter erschienen.

Derart haben wir in diesem tragischen Fall vier Kranke mit extragenitaler Infektion; glücklicher Weise sind derartige Fälle recht selten.

Es wäre sehr wünschenswert, dafs auch andre Kollegen, namentlich die Landärzte, ihre Aufmerksamkeit auf die extragenitale Infektion lenken und ihre zweifellos bewiesenen Fälle publizieren würden. Vorläufig besitzen wir bei uns wenige Daten über die Häufigkeit resp. Seltenheit der extragenitalen Infektion inmitten unsrer Landbevölkerung. Von grofsem Interesse wäre es zu ersehen, wie die Frage der extragenitalen Infektion, namentlich der Landbevölkerung, in andern Staaten, z. B. Deutschland, Frankreich, England steht, und hoffe ich durch meine Mitteilung die Kollegen zu weiterem Bericht über diese tiefernste soziale Frage angeregt zu haben.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Zur Ätiologie und Symptomatik der Alopecia areata (Area Celsi). Ein Beitrag zur Lehre von den Trophoneurosen der Haut, von Dr. M. Joseph. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 5, 6. 1888.) Von verschiedenen Seiten waren Anhaltspunkte geliefert, dafs die Hauterkrankungen von Nerveneinflüssen abhingen, wobei es freilich unklar blieb, welche Bindeglieder hierbei in Betracht kämen. Diese Ansicht beruhte jedoch fast nur auf klinischen Beobachtungen, und will J. durch seine Experimente dieselbe auf diese Art zu beweisen suchen. Seine Hauptergebnisse sind: 1. Es existiert eine gesonderte Fasergattung trophischer Nerven. 2. Bei Katzen ist es möglich, durch die Exstirpation des Spinalganglions des zweiten Halsnerven mitsamt dem angrenzenden Stücke der hinteren und vorderen Wurzel einen umschriebenen Haarausfall zu erzeugen. Dieser nach einer Nervendurchschneidung resp. Exstirpation aufgetretene Haarausfall zeigt aber so viele Analogien mit einer beim Menschen vorkommenden Erkrankung der Alopecia areata, dafs es nahe liegt, gestützt auf die experimentellen Befunde, auch nach klinischen Charakteren zu suchen, welche einen Anhalt dafür geben könnten, dafs dieselbe in der That ebenfalls von der Affektion trophischer Nerven abhängig, als Trophoneurose aufzufassen sei. Wenn auch die einzelnen Symptome wenig charakteristische Merkmale bieten, so berechtigen sie alle zusammengenommen im Verein mit den experimentellen Ergebnissen wohl zu einem stringenten Schlusse in dem angedeuteten Sinne. Kopfschmerzen wird man in allen kasuistischen Mitteilungen kaum jemals vermissen; wenn dieselben meist schon lange dem Beginn des Haarausfalls vorangehen, so ist es doch charakteristisch dafs, sobald der Haarausfall beendigt und Stillstand eingetreten ist, die Kopfschmerzen aufhören. Schultze, der selbst an dieser Affektion litt, betont das Übergehen der Kopfschmerzen im Verlauf des Krankheitsprozesses in „eigentümliche Parästhesien", welche in rasch vorübergehenden Empfindungen eines erhöhten Wärmegefühls und eines oft lästigen Prickelns bestanden. Diese Parästhesien waren auf die Stelle des Haarausfalls oder bei unilateraler Erkrankung wenigstens auf die entsprechende Kopfhälfte beschränkt. Michelson macht in einem Falle auf die Empfindung des Eingeschlafenseins (Unempfindlichkeit, Kribbeln) aufmerksam. In mehreren Fällen zeigte sich als prämonitorisches Symptom ein hoher Grad von Schlaffheit und Ermüdung, bei einigen Kranken deutliche Symptome von Indigestion, und 8 Kranke gaben an, dafs sie vor dem Beginne des Haarausfalls eine deutliche Abmagerung an sich bemerkt hätten. Ferner mufs man, wie bei einer grofsen Reihe von Affektionen, welche auf nervöser

Basis beruhen, der Erblichkeit bei der Alopecia areata volle Berücksichtigung angedeihen lassen. Die Vererbung braucht nicht immer nur gleichartig zu sein, oft ist sie polymorph. Bei genauerer Durchsicht der Litteratur findet man aber auch Mitteilungen über mehrere Generationen, welche an umschriebenem Haarausfall litten. Auch in Begleitung einer andren Erkrankung des sympathischen Nervensystems, des Morbus Addisonii, wird das häufige Vorkommen von Alopecie berichtet; ebenso werden eine Anzahl Krankengeschichten veröffentlicht, in denen diese Affektion mit andern nervösen Störungen kombiniert war, resp. eine Teilerscheinung derselben bildete. Als direkte Ursachen sind meistens das Trauma und psychische Affektionen zu erwähnen, und berichtet Verf. über einen Patienten, aus hereditär belasteter Familie stammend, bei dem etwa 48 Stunden, nachdem er Zeuge eines grofsen Eisenbahnunglücks gewesen war, ein umschriebener Haarausfall konstatiert wurde. Was das Alter der Patienten betrifft, so hat J. aus dem statistischen Material festgestellt, dafs das niedrigste Alter, in welchem die Erkrankung auftrat, 4, das höchste 27, und die mittlere Durchschnittszahl etwa 12½ Jahre beträgt; meistens beginnt die Erkrankung in der Zeit der Dentition und Pubertät, wobei Ursachen nur Nerveneinflüsse oder Gefäfsveränderungen sein können. Das letztere Moment, welches besonders Behrend als Ursache annimmt, ist durch kein Experiment bewiesen; im Gegenteil, meint J., habe er durch seine Experimente bewiesen, dafs ein Haarausfall nach einer Nervendurchschneidung ohne jede Mitbeteiligung von Gefäfsnerven zu stande kommen kann. Unter Ausschlufs einer Beteiligung von Gefäfsnerven kann man also die Ursache des Haarausfalls nur auf trophische Nerveneinflüsse zurückführen. Dafür sprechen ferner noch die Fälle mit bilateral symmetrischer Verteilung, und führt Verf. aufser den in der Litteratur bekannten noch 2 eigne Beobachtungen an. Die nach seinen Experimenten bei Katzen aufgetretenen kahlen Stellen hat J. mikroskopisch untersucht, und zeigten dieselben die vollkommenste Analogie mit dem, was bisher beim Menschen beschrieben ist. Die Behandlungsweise der Alopecia areata spricht nicht zu gunsten irgend einer Theorie. Zwar haben manche Beobachter geglaubt, aus der nach Anwendung parasiticider Mittel erfolgten Heilung auf die parasitäre Natur der Erkrankung schliefsen zu können. Diese Schlufsfolgerung ist aber nicht statthaft.

Zur pharmakologisch-experimentellen Untersuchung des Naphtols und der β-Oxynaphtoësäure, von G. Willenz. (*Therap. Monatsh.* No. 2. 1888.) In diesen auf experimentelle Untersuchungen gestützten Ausführungen sagt W.: „Die von Kaposi schon längst hervorgehobenen antiscabiösen Eigenschaften des Naphtols konnte ich bei Versuchen an räudigen Hunden bestätigen. Es verdient das Naphtol bei Scabies eine gröfsere Verbreitung, da die toxischen Eigenschaften desselben übertrieben sind. Man kann das Mittel jedenfalls gut brauchen, wofern nur auf den Harn einige Aufmerksamkeit gerichtet wird. Bei der epidermatischen Appli-

kation ist Zusatz von Alkalien zu vermeiden, da die letzteren seine Wirkung scheinbar abschwächen."

Über die Behandlung der Gonorrhöe mittels der Thallin-Antrophore, von Dr. NACHTIGAL in Stuttgart. (Ebendaselbst.) Der Antrophor ist ein Arzneimittelträger und besteht aus einer vernickelten, aufserordentlich fein gearbeiteten, biegsamen Spirale, welche gleichsam als Seele das mit Gelatine und Glycerin zu einer Pasta geformte Arzneimittel trägt. Diese Masse ist bei gewöhnlicher Temperatur fest, wird aber in der Blutwärme flüssig. Die Zeit der völligen Abschmelzung dauert 8—10 Minuten, während welcher ein reichlicher Teil des betreffenden Medikamentes resorbiert werden kann. Dadurch aber, dafs die Seele des Instrumentes in gewissem Sinne fest ist und dasselbe gleich einer Sonde sich dirigieren und handhaben läfst, kann man das Medikament auch wirklich bis zu den für Injektionsflüssigkeiten sonst schwerer zu erreichendeu Teilen der Harnröhre bringen. Eine vergleichende Gegenüberstellung der Behandlungsarten der Gonorrhöe mit den verschiedenen löslichen Bougies hat ergeben, dafs für die Behandlung mit dem Thallin-Antrophore die geringe Anfangs-, wie die Gesamtsumme der Applikationen, die kürzere Dauer der Krankheit und die Sicherheit der Methode spricht. Dies günstige Resultat beruht einesteils auf der spezifischen Wirkung des Thallinsulfats auf die Gonokokken, zum andren Teil auf der sichern Handhabung des Antrophors, der, weich und biegsam, sich gut und genügend weit einführen läfst, ohne jemals abzubrechen, und dann einen gleichmäfsigen Druck auf die Wandung der Harnröhre ausübt. Dadurch wird bewirkt, dafs sich die Falten der Schleimhaut vollkommen ebnen und glätten und das Medikament wirklich zu dem Brutherd der Kokken gelangen und einwirken kann.

Über die sogenannte Leichenwarze (Tuberculosis verrucosa cutis) und ihre Stellung zum Lupus und zur Tuberkulose, von Dr. E. FINGER in Wien. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 5. 1888.) Nach Zusammenstellung der in der Litteratur bis dahin bekannten Fälle berichtet F. über folgenden Fall von Tuberculosis verrucosa cutis: „Im Februar 1887 wurde die Obduktion eines 41jährigen Zimmermalers ausgeführt, bei der sich Tuberkulose der Lungen mit Kavernenbildung, Tuberkulose des Larynx mit hochgradiger Geschwürsbildung, die Tracheotomie nötig gemacht hatte, Tuberkulose des Darmes und der Nieren ergab. Am linken Vorderarme und Handrücken bot der Obduzierte 5 warzige Plaques mit allen Charakteren der Leichenwarze dar. Im Zentrum der 2 gröfsten strahlige Narben. Diese Plaques sollen seit 20 Jahren bestanden haben, dürften also älteren Datums sein als seine übrigen, anscheinend jüngeren tuberkulösen Veränderungen. Die mikroskopische Untersuchung ergab ebensowohl mit Rücksicht auf die histologischen Verhältnisse (Befund von typischen Miliartuberkeln) als die bakteriologischen Ergebnisse (Tuberkelbacillen und Kokken) ähnliche Resultate, wie sie bereits KARG, sowie RIEHL und PALTAUF beschrieben haben.

Vergleicht man das anatomische und klinische Bild der Leichenwarze mit dem des Lupus papillaris, verrucosus oder sclerosus, so findet man, daſs bei beiden der Prozeſs in der Bildung miliarer Tuberkel besteht; diese sitzen beim Leichentuberkel ausschlieſslich in der Cutis, beim Lupus auch im subkutanen Gewebe. Die Leichenwarze ist also ein oberflächlicherer, der Lupus ein tiefergreifender Prozeſs. Lupus kommt fast ausschlieſslich bei Kindern zur Entwickelung, die Entwickelung der Leichenwarze wurde bisher nur bei Erwachsenen beobachtet. Verf. kommt zu folgendem Schluſs: „Örtliche Einimpfung von Tuberkelvirus erzeuge auch Formen der Hauttuberkulose, die von den bekannten tuberkulösen Ulcerationen der Haut wesentlich verschieden, anatomisch und klinisch dem Lupus verrucosus sehr nahe stehen und auch von Allgemeinerscheinungen gefolgt sein können."

Zur perinealen Drainage der männlichen Harnblase, von Dr. Krysiewicz. (Ebenda. No. 6.) Es gibt Fälle von Cystitis, wo trotz der sorgfältigsten lokalen Behandlung dieselbe sich erhält. In andern wieder ist die Reizbarkeit der Harnröhre und der Blase so groſs, daſs die Einführung selbst eines weichen Nélatonschen Katheters wegen der unerträglichen Schmerzen unterlassen werden muſs, und die Ausspülung der Blase durch die krankhafte Kontraktion derselben vereitelt wird. Für solche Fälle bleibt die Cystotomie und Drainage vorbehalten und vermag die besten Resultate zu liefern. Bei einem 16jährigen Patienten, dessen Eltern an Phthisis pulmonum gestorben waren, wurde im Januar 1886 eine sehr bedeutende Cystitis diagnostiziert. Trotz einer allgemeinen und lokalen Behandlung nahm die Cystitis an Intensität zu, das Sediment wurde kopiöser, der Urin alkalisch und übelriechend. Anfangs Mai wurden die Beschwerden unerträglich. Patient hatte fast keinen Augenblick Ruhe, denn der Harndrang war kontinuierlich, und alle paar Minuten flossen unter den heftigsten Schmerzen mehrere Tropfen einer nicht mehr dem Urin ähnlichen Flüssigkeit ab. Dazu gesellte sich eine akute Urethritis und ein so heftiges Präputialödem, daſs selbst Skarifikationen nötig wurden, um die Hautnekrose zu vermeiden, so daſs selbst der Katheter nicht mehr appliziert werden konnte. Deshalb wurde die Boutonnière gemacht, und war der Effekt ein vollkommener; der Harndrang und die Schmerzen lieſsen nach, Patient hatte ungestörte Nachtruhe und erholte sich. Die Drainage wurde durch mehrere Monate bis zum Tode des Patienten, der unter urämischen Erscheinungen im Februar 1887 erfolgte, fortgesetzt. Man kann die Drainage bei der chronischen Cystitis für indiziert halten: 1. Wenn die gewöhnliche Behandlung mit Katheter u. s. w. zu keinem Resultat führt oder 2. wenn dieselbe wegen Reizbarkeit der Urethra und der Harnblase nicht durchzuführen ist, und zwar in beiden Fällen möglichst frühzeitig, um die sekundären Erkrankungen der Nieren zu vermeiden; 3. wenn wegen des bereits entwickelten Nierenleidens jede Hoffnung auf Genesung zwar schon geschwunden, die subjektiven Beschwerden aber auf keine andre Weise beseitigt werden können.

Beitrag zur Histologie des breiten Kondyloms, von Dr. Pinner. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 7. 1888.) Das aus verschiedenen Stadien der sogenannten kondylomatösen Periode der Syphilis stammende Material wurde vom Verf. sofort nach der Excision in Pikrinsäure gehärtet, mit Wasser ausgewaschen und hierauf in absoluten Alkohol gebracht. Zum Durchtränken wurde teils Gummiwachs, teils Celloidin verwandt. Die Mehrzahl der Schnitte wurden mit Anilinfarben, einige derselben mit dem Ohrtschen Lithionkarmin gefärbt, erstere in Nelkenöl, letztere in Kreosot aufgehellt und hierauf in Kanadabalsam eingebettet. Bei der mikroskopischen Betrachtung solcher breiter Kondylome, welche noch von einer Zone relativ wenig veränderter Haut umgeben sind, kann man bisweilen zu beiden Seiten, bisweilen nur an einer Seite des pathologischen Gebildes noch normale Epidermis und normale Papillen erkennen. Weiter hinein gewahrt man eine deutliche Verlängerung der Retezapfen und der Papillen. Das Corium ist unterhalb der verlängerten Retezapfen von einem kleinzelligen Infiltrat dicht erfüllt; in den Papillen dringt es bis in die äufsersten Spitzen hinauf, es keilt sich dort gewissermafsen zwischen zwei Retezapfen ein. In den pathologisch affizierten Stellen ist weder am Rete noch in dessen nächster Umgebung eine Andeutung von Pigment zu erkennen. Solche Stellen der Epidermis, die auf eine pathologische Veränderung des Rete schliefsen lassen, zeigen bei stärkerer Vergröfserung eine pallisadenartige Anordnung der untersten Zellreihen. Die Kerne derselben besitzen eine regelmäfsige, länglich ovale Gestalt. Dann folgen nach der Oberfläche zu mehrere Reihen mit deutlich runden Kernen, aus deren regelmäfsiger Anordnung zu ersehen ist, dafs dieselben kleineren Retezellen angehören. Weiter nach der Oberfläche zu nehmen die Zellen wieder eine gröfsere Gestalt an, ihre Kerne gehen von der runden in eine mehr ovale Form über und zeigen bei vollkommen erhaltener Kernmembran eine deutliche Auflösung der Kernsubstanz in eine mehr oder minder grofse Anzahl kleiner Körnchen, wodurch Bilder entstehen, welche lebhaft an Kernteilungsfiguren erinnern. Mit Sicherheit läfst sich an diesen Zellen der Nachweis erbringen, dafs in ihren Kernen durchgehends mehrere Kernkörperchen enthalten sind und dafs die Gröfse bedeutender ist als an den normalen Zellkernen. Das Retezellengebiet ist von Wanderzellen verschiedenster Form und Gröfse, unter andern auch von Mastzellen, wie besät und zwar besonders in den Interstitien zwischen den einzelnen Retezellen. Die Grenzen derselben sind nur an wenigen Stellen deutlich zu unterscheiden; auch ist die Form der Zelle nicht mehr diejenige der gewöhnlichen Plattenepithelien, sondern mehr rhomboid gestaltet; einzelne haben eine Ähnlichkeit mit einer grofsen Spindelzelle. Diese so gestalteten Zellen enthalten aufser dem Mutterkerne gewöhnlich noch zwei etwas kleinere Tochterkerne, während um dieselben sich meistens Vakuolen zeigten. Mit dem Auftreten der Vakuolen in den Zellen scheint die regressive Metamorphose der Epithelien des breiten Kondyloms noch nicht ihr Ende erreicht zu haben; man sieht

nämlich vielzellige, von einer hellen Zone umgebene Gebilde auftreten, welche Verf. für quer resp. schief durchschnittene Kapillargefäfse hält. Mit der Rückbildung des pathologisch neugebildeten Epithels und des Infiltrats verschwinden dann auch diese dem Granulationsgewebe angehörigen Gefäfse. Verf. glaubt, dafs der Vorgang so sei, dafs in mehreren benachbarten Retezellen erst eine Vermehrung der Kerne, dann Vakuolenbildung und Schwund des Protoplasma an der Grenze zwischen zwei oder mehreren solchen Zellen eintreten könne, bis schliefslich ein einziges vielzelliges Gebilde daraus entsteht.

Über chronischen Merkurialismus, von Dr. LANDGRAF. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 7. 1888.) In der Sitzung des Vereins für innere Medizin vom 6. Februar 1888 stellte L. einen 26jährigen Mechaniker mit chronischem Merkurialismus vor, der dadurch interessant ist, dafs er auf eine bisher noch nicht beschriebene Art entstanden ist. Der betreffende Patient hat seit Mai 1887 die Obliegenheit, die Fäden in den EDISONschen Glühlampen anzufertigen. Oberhalb seines Arbeitstisches läuft ein dicker Gummischlauch, der metallisches Quecksilber enthält. Aus einem kleinen Loch dieses Schlauches spritzte fortwährend Quecksilber auf den Arbeitstisch, so dafs ein Blechgefäfs, aus welchem er seinen Kaffee zu trinken pflegte, im Laufe der Zeit völlig mit Quecksilber sich überzog. Die ersten Symptome (Stomatitis) zeigten sich 6 Wochen vor Weihnachten 1887. Es besteht jetzt verlangsamter Puls, Stomatitis, Druck im Magen, schlechter Appetit, Stuhlverstopfung, Zittern der Glieder, welches links stärker wie rechts ist; er hat mit der linken Hand zu arbeiten, während die rechte ruhig herabhängt. Die Erscheinungen des merkuriellen Erethismus treten nicht allein in der Sprache, sondern auch in Schriftproben hervor. Auch das linke Bein zittert stärker als das rechte, und ebenso zeigt die herausgestreckte Zunge einen Tremor. Die elektrische Erregbarkeit ist normal. Die grobe motorische Kraft ist gut. Die Sensibilität zeigt keine Abweichung. Die Patellarreflexe sind bedeutend gesteigert. Urin eiweifsfrei, enthält Quecksilber. Trotz der angewandten Medikation (Gurgelungen mit Salbei, Jodkali innerlich und Schwefelbädern) ist eine Besserung des Zustandes noch nicht eingetreten.

Über konträre Wirkung Fieber erregender und Fieber hemmender Mittel, von Dr. ED. ARONSOHN. (Ebenda. No. 3 u. 4. 1888.) Verf. kommt auf Grund seiner Experimente zu dem Schlufs, dafs in den Fällen von konträrer Wirkung antipyretischer Arzneimittel diese neben Verminderung der Oxydationsprozesse durch Erweiterung der Hautgefäfse wirken; sie erweitern dieselben, und zwar um so energischer, je mehr sie vorher verengt waren; in allen Fällen paradoxer Temperatursteigerung war auch in der That die Erweiterung der Hautgefäfse eine überaus energische und dokumentierte sich in Form von Exanthemen, ausgebreiteten Erythemen und Ödemen. Die Wirkung der Antipyretica war also in dieser Beziehung,

wenn auch eine exorbitante, so doch eine normalmäfsige; wenn aber trotz erweiteter Hautgefäfse doch die Temperatur stieg, so ist das wenigstens nach Verfassers Untersuchungen über die Beziehungen des Gehirns zum Fieber nicht anders möglich, als durch exorbitante Reizung der thermogenetischen Zentralorgane. In fast allen beobachteten Fällen manifestierte sich die Alteration des Blut- und Lymphgefäfssystems zuerst und am auffallendsten. Das Erythem verbreitet sich aufserdem nicht allein über die Haut, sondern auch über die Schleimhäute, Conjunctiva, Nase, Zunge, Rachen. Die thermogenetischen Zentralorgane liegen in unmittelbarer Nähe des Plexus choroideus und zwar nur an der medialen Seite des Corpus striatum und am Thalamus opticus.

Berlin. L. Hoffmann.

Dr. Roesen erhielt bei der **Behandlung von Schwielen, Hühneraugen und Warzen mit Salicyl-Kollodium** nicht immer sicheren und meist nur langsamen Erfolg; er wandte nun Salicylsäure in Substanz an und bekam dadurch raschere und energischere Wirkung. Nachdem er zuerst das zu entfernende Gebilde mit Bor- oder Salicyllösung etwas befeuchtet, bedeckte er es mit einer ziemlich dicken (circa 0,4—0,5 cm) Lage reiner kristallisierter Salicylsäure, legte darauf vierfachen feuchten Borlint, darüber ein Stück Guttaperchapapier und befestigte den Verband. Bei nicht zu dicken Schwielen oder zu grofsen Warzen bleibt der Verband fünf Tage liegen, worauf man das Gebilde etwas geschrumpft, vollständig von seiner Unterlage abgehoben und darunter eine ganz unverletzte Haut finde; bei beträchtlicher Dicke eines Gliedes, z. B. einem hypertrophischen Zehennagel, müsse man den Verband am fünften Tage erneuern oder müsse ihn zehn Tage liegen lassen. (*Münchener medizinische Wochenschrift.* 1888. No. 9.)

Nürnberg. Eckart.

Frankreich.

Pariser Correspondenz.

Zur Pathogenese der Hydatiden-Urticaria. Zur Erklärung der Urticaria, welche nach Erguls von Cysticercusblaseninhalt der Leber in das Peritoneum oder nach ihrer Punktion auftritt, hat man verschiedene Theorien aufgestellt. Es liegt am nächsten, die Resorption der Hydatidenflüssigkeit dafür verantwortlich zu machen, und die neuesten Versuche von Debove sprechen sehr zu gunsten dieser Theorie. Er hat nämlich nach einer, zu therapeutischen Zwecken ausgeführten Punktion die gewonnene Flüssigkeit sorgfältig filtriert und sie alsdann bei drei Personen, die niemals an Urticaria gelitten hatten, in die Haut der regio abdominalis eingespritzt.

Von diesen drei Individuen zeigte einer zehn Minuten nach der Einspritzung drei etwa Fünffrankstück grofse Quaddeln in der Gegend der Einstichsstelle. Sie verschwanden erst nach einer Stunde wieder. Beim zweiten erschienen, aufser einer rötlichen Eruption auf der Bauchhaut, nach 20 Minuten vier grofse Quaddeln am Rücken, die freilich ebenfalls nach einer Stunde wieder verschwanden, denen aber nach weiteren sechs Stunden, ohne erneute Einspritzung, ein tüchtiger Nachschnb auf der Vorderfläche der Oberextremitäten folgte. Die dritte Versuchsperson wies keine Veränderungen auf. Aber dieser Umstand vermag die Hypothese der toxischen Urticaria nicht zu entkräften, er beweist nur, dafs die Menschen nicht alle gleichmäfsig für das Hydatiden-Gift empfänglich sind; diese Frage der individuellen Prädisposition findet sich ja auch bei fast allen vergleichenden Beobachtungen bei Einführung medikamentöser Substanzen in den Haushalt wieder.

Chronischer (Pferde-) Wurm. Die Diagnose des Wurms ist ziemlich schwierig, so lange die Symptome sich auf die äufsere Haut beschränken. Einen derartigen Kranken hatte Bucquoy auf seiner Abteilung und berichtete darüber der Société médicale des hôpitaux (Sitzung vom 23. Oktober 1887). Dieser 46-jährige Patient hatte das Krankenhaus aufgesucht, weil er über dem ganzen Körper mit Abscessen behaftet war, welche teils in der Haut, teils im Unterhaut-Zellgewebe, und teils in den Muskeln safsen. Sie hatten sich allmählich entwickelt. Der erste war vor mehreren Monaten nach einer kleinen Handverletzung entstanden. Im Anschlufs daran hatte sich eine Lymphangitis und eine Adenitis axillaris entwickelt. Auf Grund dieses Verlaufes der Krankheit und des Gewebes des Erkrankten stellte Bucquoy die Diagnose auf Wurm. Diese Diagnose wurde dann durch zahlreiche Versuche gesichert, welche Nocard mit dem Abscefseiter anstellte. Eine Eselin, die er mit diesem Eiter impfte, ging an akutem Rotz zu Grunde und barg in ihrem Gewebe die typischen Rotzbacillen. Bei der Autopsie des Kranken fand man die Abscesse, aufser ihrer zahlreichen Verbreitung im Zellgewebe, auch im Gehirn; ferner eine ausgedehnte Ulceration an der Zungenwurzel, an der Plica ary-epiglottica und in der ganzen Ausdehnung der Bedeckung des Larynx und Pharynx. Eine derartige Zerstörung kommt nur beim Rotz vor, und diese Krankheit ist heutzutage völlig mit dem Pferde-Wurm identifiziert, da es sich in beiden Fällen um das nämlich Gift handelt, das nur verschiedene Symptome macht, je nachdem es beim Menschen oder beim Pferd zur Wirkung gelangt.

Chronisches und hartnäckiges Ekzema vulvae bei kleinen Mädchen. Im vergangenen Jahr veröffentlichte ich im *Journal de Médecine de Paris* meine Behandlungsweise obengenannter Krankheit. Sie besteht kurz in folgendem: „Man wasche die erkrankten Teile dreimal täglich mit 2 %iger Karbolsäurelösung und bepinsele sie alsdann leicht mit ge-

wöhnlicher Essigsäure. Etwas tiefergehende Ulcerationen bestreue man täglich mit einer Mischung von Jodoform und Alaun zu gleichen Teilen." — Für bestimmte Fälle glaubte ich statt der Essigsäure eine vorsichtige Anwendung der reinen Karbolsäure empfehlen zu sollen. Davon bin ich aber zurückgekommen, weil dies Verfahren dicke Borken erzeugt, die, bevor sie abfallen, lebhaftes Jucken verursachen und die kleinen Kranken zu heftigem Kratzen veranlassen. Dieser Mifsstand wird bei der Essigsäure vermieden, die sich aufserdem viel leichter in ihrer Wirkung beschränken läfst, so dafs man sie genau entsprechend dem erforderlichen Reize verwenden kann.

Die Pithyriasis palbebral. infant. und ihre Behandlung. Die Pithyriasis der Augenlider, hervorgerufen durch denselben Parasiten, wie die Pediculosis put., kommt jetzt nur noch selten vor. Sie ist nicht immer leicht zu diagnostizieren, da die Pediculi, welche zwar am Saum der Augenlider aufsitzen, vermöge ihrer grauen Farbe leicht mit Epidermisschuppen verwechselt werden können. Sie verursachen aufserdem auch lästiges Jucken, wie die Psoriasis palpebr. (affections squameuses); aber sie greifen die Gewebe nicht an. — In einem von Despayme beobachteten Fall erfolgte in kurzer Zeit Heilung nach Anwendung einer 3 %igen Sublimatsalbe und Waschungen mit Sublimatlösung. Dieser schnelle Heilerfolg verdient wegen der Hartnäckigkeit des Leidens besondere Erwähnung. Mufsten doch z. B. in dem bekannten Fall von F. W. Ring die Augenlider gespalten werden, um den Tieren besser zu Leibe gehen zu können.

Elektrischer Sonnenstich (Coup de soleil électrique). Unter diesem Titel berichtet Depontaine zu Creuzot verschiedene Beobachtungen über die Einwirkung des elektrischen Stromes auf die Haut. Charcot hatte ähnliche Erscheinungen in einer früheren Veröffentlichung auf den Einflufs der chemischen Strahlen des elektrischen Funkens zurückgeführt. Bei einem Versuch, den man machte, mehrere Stücke Eisen zusammenzulöten, ohne die einzelnen Teile in ihrer ganzen Ausdehnung zu erhitzen, wandte man einen so starken Strom an, dafs das Zusammenschweifsen allerdings gelang, dafs gleicherzeit aber Elektrizität erzeugt wurde. Bald danach verspürten mehrere Arbeiter heftiges Brennen in der Haut, wie beim Sonnenstich, obschon sie weit weg vom Ofen standen. Schon nach zweistündiger Arbeit war ihre Haut in der Halsgegend und im ganzen Gesicht bis zur behaarten Kopfhaut schmerzhaft und bronzefarben, obschon der Strom während der Hälfte der Zeit unterbrochen war. Gleichzeitig waren die Augen lebhaft injiziert und brannten und thränten heftig; ja es kam sogar zu vorübergehender Blindheit. Am nächsten Tag fingen die betroffenen Hautstellen an in ziemlich grofsen Fetzen abzuschilfern, und dieser Vorgang dauerte ungefähr eine Woche. Nach Depontaine kann es sich dabei nicht um die Wirkung der Wärme handeln, da die Arbeiter weitab vom Ofen standen. Für die Erscheinungen an den Augen können die Lichtstrahlen

verantwortlich gemacht werden. Aber zur Erklärung des Erythema lassen sich nur die chemischen Strahlen heranziehen, die im elektrischen Funken so zahlreich vorhanden sind. Thatsächlich hat man auch schon, zur Vermeidung von Hautverletzungen, in ähnlichen Fällen mit Erfolg Uranglas angewandt, welches die Eigenschaft besitzt, jene chemischen Strahlen zu absorbieren.

Zur Behandlung der Krätze. Die Abortivbehandlung der Krätze, wie sie Ernest Besnier im Krankenhaus St. Louis eingeführt hat, dauert nur ungefähr 2 Stunden. Nachdem der Körper durch 20 Minuten energisch mit einer harten Bürste und Kaliseife abgerieben ist, läfst man ebensolange ein Schwefelbad nehmen und setzt die Abreibungen im Bade fort. Alsdann bestreicht man den Körper mit einer Salbe von 50,0 Sulf. und 25,0 Kali carbon. auf 300,0 Axung. porci. Der Kranke kleidet sich darauf an und nimmt nach 24 Stunden ein Stärkemehlbad. Im allgemeinen zieht Besnier ein langsameres Verfahren vor. Die Kranken werden allabendlich mit einer 10%igen Naphtolsalbe eingerieben, oder mit folgender Lösung:

℞ *Sulf. praecip.*	125,0
Glycerin.	125,0
Kali carbon.	5,0
Aq. rosat.	100,0

Des Morgens ein warmes Bad. — Bei kleinen Kindern darf die Naphtolsalbe nur 1—2%ig sein, auch mufs, bei starken Schmerzen, die Behandlung unterbrochen werden. — Schliefslich kann man auch folgende Salbe anwenden.

℞ *Ol. chamomill. camphor.*	100,0
Styr. liquid.	20,0
Spirit. Menth. (*essence de Menthe*)	5,0

Erythema vesiculosum universale nach Einreibungen mit Terpentinöl. Gelegentlich einer Beobachtung von Lermoyez aufsert sich Brocq im Pariser *Journal de Médecine*, dafs es nützlich sei, alle gleichartigen Thatsachen zu sammeln, weil man dadurch ein Material gewinnt, welches es mit der Zeit ermöglicht, eine klinische Darstellung der künstlich erzeugten Krankheiten zu liefern und ihre Pathogenese zu verstehen, wodurch man eines Tages vielleicht zu einer neuen und logischen Auffassung der Hautkrankheiten gelangt (!) — Lermoyez' Patient klagte, nachdem er acht Tage lang wegen unbestimmter Schmerzen eingerieben worden war, über Brennen in den Fingern, an welchen kleine, harte Bläschen auftraten, die man für Sudamina halten konnte. Die Einreibungen wurden fortgesetzt, und der Ausschlag verbreitete sich über Brust, Bauch, Ober- und Unterextremitäten. Nur das Gesicht, die Vola manus und Planta pedis blieben verschont. Einen Augenblick lang hatte der Ausschlag den Charakter eines Erythema polymorph. sub forma vesicul.; an den Händen und Füfsen nur

Bläschen; an den Vorderarmen und Beinen Bläschen auf erythematösen Plaques; an allen andern Körperteilen rote, ein wenig erhabene Flecke, die nur unvollkommen unter dem Fingerdruck verschwanden. Es bestand eine grofse Ähnlichkeit mit dem Kopaiv-Erythem. — Lermoyez meint, dafs der Ausschlag nicht Folge der örtlichen Einwirkung des Terpentinöls sein könne; denn gerade die Hohlhände die am meisten damit in Berührung kamen, sind frei geblieben. Er neigt vielmehr der Ansicht, dafs das Öl erst nach der Resorption seine Wirkung entfaltete, zumal man es auch im Harn nachweisen konnte. — Zum Schlufs wirft er die Frage auf, ob die Haut für jedes Hautmittel gleichmäfsig empfindlich ist.

Darüber äufsert sich Brocq nun folgendermafsen: Einzelne Organismen sind empfindlicher gegen die Wirkung der Arzneistoffe als andre, und namentlich die Hautdecken reagieren häufig gegen die Einführung von Medikamenten in den Körper. Es gibt Menschen, die zu medikamentösen Ausschlägen besonders neigen, aber sie brauchen nicht auf jeden Arzneistoff, der überhaupt nach dieser Richtung wirkt, mit einem Ekzem zu antworten. Vielmehr reagieren sie meistens nur auf ganz bestimmte Stoffe, und auch hier nur unter ganz bestimmten Bedingungen. So ist es bekannt, dafs nach Chloral nur dann Ekzem auftritt, wenn der Betreffende Alkohol hinterher genossen hat. — Die Haut kann nach dem Gebrauch von Terpentinöl übrigens auch andersartig erkranken. So beobachtete Brocq eine akute Dermatitis an der Berührungsstelle; in einem andren Falle sah er einen allgemeinen Hautausschlag auftreten.

Das Erythem der Cholera. Die der Cholera eigentümliche Hauteruption ist bis jetzt nur sehr mangelhaft beschrieben. Gelegentlich der letzten Epidemie haben nun Gunyrat und Broca die Natur dieses Erythems genau studiert und es scharf von den verschiedenen Hautaffektionen abgesondert, die teils, wie Ekzema, zufällige Komplikationen sind, teils, wie Herpes und Erythem, im Gefolge verschiedener Infektionskrankheiten auftreten, teils endlich, wie die verschiedenfarbigen Flecke, als Folge der gestörten Ernährung, der Kälte, des Drucks aufzufassen sind.

Sie beschreiben besonders ein Erythem als „einen infektiösen Hautausschlag, der nur der Cholera eigen ist, einen ganz bestimmten Typus hat, und der sich immer an demselben Element erkennen läfst", nämlich an dem Auftreten kleiner, runder Papeln von 2—3 mm Durchmesser, die lebhaft rot gefärbt sind, undeutliche Ränder haben und sich leicht über die Haut erheben. Ist die Epidermis sehr dick, so erscheint anstatt der Papeln ein Fleck. Die Papeln vermehren sich sehr schnell und gruppieren sich schon in den ersten 24 Stunden traubenförmig (en corymbes). Sie erinnern dann lebhaft an Rubeola, das frühere Eryth. morbilliforme, oder an Scharlachexanthem, wenn sie mehr zusammenfliefsen (das frühere Erythema scarlatiforme). In letzterem Fall jedoch erscheint die Haut etwas höckerig, was bei der papulösen Natur des Erythems ja leicht erklärlich

ist; aufserdem findet man über den Körper zerstreut immer einzelne Papeln. — Auf den Plaques können auch unzählige kleine miliare Bläschen auftreten. Der Ausschlag endet mit einer feinschuppigen Abschilferung. Wenn die Wangen- und Rachenschleimhaut ergriffen ist, so erscheint sie bald gefleckt, bald gleichmäfsig rot. — Es besteht also eine der Cholera eigentümliche Dermatose, welche als Reaktion der Haut gegen den Infektionsstoff aufzufassen ist, und möglicherweise einem Bacillus ihr Dasein verdankt. Hat man doch auch den Bacillus Gaffky in den Roseolaflecken des Typhus nachgewiesen.

Paris. Henri Fournier.

(Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.)

Italien.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. 1887. Fasc. 4.

Über die Infektiosität der Gonorrhöe, von Dr. S. Denti (Bologna). Über diesen Gegenstand hielt Dr. Denti einen mit grofsem Beifall aufgenommenen Vortrag vor einer Versammlung von Ärzten in der Aula der dermatologischen Klinik des Prof. Gamberini in Bologna. — „Obwohl für die meisten modernen Syphilidologen die Entdeckung Neissers im Jahre 1879 das Experimentum Crucis gewesen ist, welches den Gordischen Knoten der vorliegenden Frage durchgehauen hat, so zwar, dafs es gegenwärtig wenige gibt, welche die Infektiosität der Blennorrhagie absolut leugnen, so warten dennoch gar viele, täglich zahlreicher auftauchende Einwände auf Antwort, auf dafs die Wahrheit in der Fülle ihres Lichtes erglänze.“ Mit diesen Worten leitet Redner seinen Vortrag ein. Nachdem er die Unterscheidung zwischen gewöhnlicher Urethritis (Urethritis simplex mucosa s. mucopurulenta), die nicht von einem Individuum auf ein andres übertragbar ist, und spezifischer Urethritis (Urethritis blennorrhagica muco-purulenta s. purulenta), die sich direkt von Individuum zu Individuum fortpflanzt, aufgestellt hat, erklärt er, dafs letztere Form von Urethritis infektiöser Natur sei und von einem sogenannten Contagium animatum hervorgerufen werde. Als Gründe, welche für die Ansteckungsfähigkeit der Urethritis gonorrhoica sprechen, werden angeführt: die zähe Hartnäckigkeit des Krankheitsvirus, so dafs die Gonorrhöe in jedem Verlaufsstadium, selbst in dem des Tropfens, übertragbar ist. Dafür würde es zahlreiche Beispiele geben. D. beschränkt sich das von einem jungen Mädchen anzuführen (Gamberini, *Lezioni di Dermo-Sifilopatia*), welches von der Idee, sich während des Karnevals als Mann zu verkleiden, erfafst, ihren Geliebten zu bereden wufste, ihr seine Kleider zu leihen. Dieser, ein Mann aus dem Volke, gab ihr ein Paar Hosen, die er

schon lange nicht getragen und die er beiseite gelegt hatte, eben als aus seinem Orificium urethrae gonorrhoischer schleimig-eiteriger Ausfluſs vorhanden war. Zwei Tage, nachdem das Mädchen dieses Beinkleid angezogen, zeigten sich an ihren Genitalien die ausgesprochensten Erscheinungen einer Blennorrhagie.

Ein weiterer Grund für die Infektiosität ist, daſs, sowie bei jeder Infektionskrankheit auch bei der Gonorrhöe eine ganz kleine Menge des Virus hinreicht, um den entsprechenden Prozeſs hervorzurufen.

Endlich das Auftreten von sekundären Erscheinungen, die innig mit der primären Affektion zusammenhängen.

Was das Wesen des Krankheitsvirus betrifft, so nimmt Denti mit fast allen Syphilidologen der Gegenwart an, daſs es sich entschieden um ein Contagium vivum handeln müsse, und weist die Idee eines chemischen Virus zurück. „Wenn dem nicht so wäre, sagt D., würde man sich nicht erklären können, wieso schon ganz kleine Quantitäten des Virus hinreichen, um den Krankheitsprozeſs hervorzurufen, während uns die Chemie lehrt, daſs ihre Körper sich sehr verschieden verhalten, je nachdem sie konzentriert oder verdünnt sind; durch Inokulationen des gonorrhoischen Virus hat man, auch im stark verdünnten Zustand, stets dieselben unveränderlichen Resultate erzielt.

Was aber nach Verf. am meisten für die bakterielle Natur der Blennorrhagie spricht, ist die Art ihrer Entwickelung und die Mittel, deren sich die heutige Therapie bedient, um jene Infektion zu bekämpfen.

Unter allen von den Autoren bei der Gonorrhöe entdeckten Spaltpilzen hält D. den Gonokokkus Neissers wenn auch nicht für den sichersten, so doch für den wahrscheinlicheren Krankheitserreger.

Seine Auseinandersetzungen kurz zusammenfassend, behauptet Verfasser, daſs jene Form von Urethritis, bei welcher man beständig die Gonokokken Neissers gefunden, infektiöser Natur sei, da sie von einem virus animatum unterhalten werde, alle Charaktere, die einer jeden Infektionskrankheit eigen sind, zeige und endlich manchmal ausgesprochene Erscheinungen sekundärer organischer Veränderungen darbiete, wie sie fast immer im Gefolge der Infektionskrankheiten aufzutreten pflegen.

Die Iritis syphilitica als ein spätes Symptom und nicht als ein Rückfall der Syphilis betrachtet, von Prof. A. Scarenzio (Mailand). Bekannt ist, daſs man nicht selten an Individuen, die als vollkommen von der Syphilis geheilt galten oder manchmal viele Jahre lang von den auffallendsten Symptomen der konstitutionellen Syphilis verschont geblieben waren, nicht selten das Auftreten einer Iritis beobachtet. Man deutet dies gewöhnlich als einen Rückfall der Krankheit, weshalb man Mistrauen in die angewandten Medikamente setzt und gegen denjenigen, der sie verordnete, Tadel erhebt. — Aber wie erklärt sich anderseits, wenn man in der Iritis eine Fortsetzung des im Laufe befindlichen Prozesses sehen will, daſs Auftreten einer allgemeinen Besserung, die nicht selten in einer wahren

Rekonstitution und Genesung der vorher erkrankt gewesenen Organe sich offenbart? Wie erklärt es sich ferner, dafs der verderbliche Keim nicht früher gänzlich vernichtet wurde, bevor er dahin gelangte, oder nachdem er dahin gelangte, nicht auf dieselbe Weise zerstört wurde wie anderswo?

Der Vortragende findet den Grund hiervon in der besonderen Lage und im Baue des Auges.

Das Auge ist wie mit einem Stiele an den Organismus geheftet, weshalb zwischen demselben und dem Auge kein rascher Austausch der Säfte stattfindet, das Auge vielmehr ein ihm eigentümliches Leben lebt, da es in einer knöchernen Höhle liegt und in eine faserige widerstandsreiche Hülle (Sclerotica) eingekapselt ist. Daraus ergibt sich, dafs die Beziehungen zwischen dem Auge und dem übrigen Körper sehr beschränkt sein müssen. Dieser Umstand mufs umsomehr in Rechnung gezogen werden, als auch in andern Organen, welche unter ähnlichen Verhältnissen sich befinden, die spezifische Infektion spät auftritt, so z. B. die Seltenheit der dactylitis syphilitica, die Schwierigkeit, mit der die Testikeln syphilitisch erkranken).

Die eventuelle Schwierigkeit des Eindringens des Syphilisvirus, der Mangel an Bedingungen, die dessen Weiterentwickelung in einem gegebenen Körperteil fördern, und endlich die Hindernisse zu seiner Elimination aus einem schwer zu attackierenden Organ, in das es aber doch eingedrungen, wären also nach Verf. drei hinreichende Faktoren zur Erklärung der zuweilen eigentümlichen Weise des Auftretens und des Verhaltens der Iritis syphilitica.

Man könnte jedoch dagegen einwenden, dafs, wenn die genannten Verhältnisse für das Sehorgan, als Ganzes betrachtet, Geltung haben, sie doch nicht für die Iris zutreffen, deren zarte Struktur, deren beständige Thätigkeit und deren Ausgesetztsein den äufseren Reizen günstige Momente zur Entfaltung einer Affektion, die den Organismus schon ergriffen hat, abgeben und die angenommenen Hindernisse beseitigen.

Bei dem Studium jedoch der krankhaften Erscheinungen eines Organs habe man nicht allein die Beschaffenheit seines anatomischen Substrats in Rechnung zu ziehen, sondern auch zu erwägen, ob es nicht bei Ausübung seiner Funktion sich derart verhalte, dafs es eine plastische interstitielle gummöse Wucherung hintanzuhalten oder wenigstens zu erschweren vermag.

Dies ist eben insbesondere bei der Iris der Fall, die in ihrem beständigen Alternieren von Verengerung und Erweiterung bald den radiären, bald den zirkulären Muskel in Kontraktion versetzt, indem so das seiner Natur nach schon dichte Stroma unter fast kontinuierlichem Druck erhalten wird.

Diese Betrachtungen, die hier nur angedeutet werden konnten, bekräftigen den Verf. in der Annahme, dafs, angesichts der besonderen anatomischen und physiologischen Bedingungen der Iris dieselbe nur spät von dem Virus ergriffen werde, und dafs dieses, wenn es ihm einmal gelungen

ist einzudringen, nur wenig günstige Verhältnisse zur Festsetzung seiner Produkte finden könne.

Herpes labialis bei Abdominal-Typhus, von Dr. T. Falcone (Neapel). Nachdem Verfasser auf eine jüngst erschienene Arbeit des Dr. Siplenan (*Revista de med. y cir. prat.* 1887) hingewiesen, in welcher, durch Beobachtung einiger klinischer Fälle, die Behauptung bekräftigt wird, dafs der Herpes labialis bei mit Ileotyphus behafteten Individuen auftreten könne, erinnert er daran, dafs er selbst einige Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte, bei welchen diese Herpesform deutlich ausgesprochen war. Insbesondere ist ein Fall darunter sehr bemerkenswert, welcher ein dreijähriges typhuskrankes Mädchen betrifft. Bei diesem dehnten sich die Herpesbläschen auf das Kinn und die Oberlippe aus; einige Häufchen waren auch an dem harten Gaumen zu sehen. Die Lymphdrüsen blieben hierbei unverändert. Die Bläschen begleiteten den Ausbruch des Fiebers und verschwanden in der zweiten Woche der Krankheit, um in der dritten Woche wieder zum Vorschein zu kommen und mit dem Aufhören der Infektion wieder zu verschwinden, ohne sichtbare Spuren zurückzulassen.

Diese Beobachtungen von Herpes labialis bei ausgesprochenem Abdominal-Typhus zeigen, wie unrecht jene Ärzte haben (Hagen, Hardy etc.), nach welchen Herpes labialis niemals bei Ileotyphus auftreten soll, und welche das Auftreten dieser Dermatose als ein negatives pathognomisches Symptom betrachten.

Bei der Diagnose des Typhus will jedoch Verf. dieser Dermatose keinen besonderen Wert beilegen.

Vom klinischen Standpunkte ist es aber unzweifelhaft, dafs sie mehr mit dem Fieber als mit dem spezifischen infektiösen Faktor im Zusammenhang steht, wegen ihres seltenen Vorkommens im Verlaufe eines Typhus; dies ist aber kein Grund, beim Auftreten dieser Dermatose den Abdominaltyphus auszuschliefsen.

Nochmals von dem Gebrauche des Jodoforms bei der Behandlung der akuten Gonorrhöe ohne Komplikationen, von Dr. T. Falcone (Neapel). Statt der Bestreichung des Jodoformstäbchens mit Vaseline oder einem andren Fette, wie dies der Verf. in einem früheren Artikel angegeben, wird es besser sein, es leicht an einer Lampe zu erwärmen, was auch schon vom Verf. bei andrer Gelegenheit empfohlen wurde, und zwar so lange, bis an der Oberfläche eine dünne Schicht schmilzt. — Injektionen mit in Glycerin suspendiertem Jodoform, wie sie von andrer Seite empfohlen wurden, führen nach den Erfahrungen des Verf.s zu keinem Erfolge oder sind nur wenig wirksam. Bei Anwendung der Stäbchen gelangt das Medikament in direkten Kontakt mit der Urethralschleimhaut, was auch deshalb von grofser Wichtigkeit ist, weil das Stäbchen schon an und für sich, durch mechanische Wirkung, dazu geeignet ist, die entzündliche Fläche zu beeinflussen.

Das Jodoform wirkt nur in naher Distanz; wenn man es aber injiziert, so kommt es nicht ganz und auch nicht gleichmäfsig in Berührung mit den affizierten Schleimhautpartien. — Dr. Palomba, der bei strenger Befolgung der vom Verf. gegebenen Indikationen die Jodoformstäbchen bei einigen Fällen von akuter Blennorrhagie in Anwendung gebracht, berichtet, dafs er davon vorzügliche Resultate aufzuweisen hat.

Zur Pathogenese des Gelenkrheumatismus. Wichtige klinische Beobachtung, von Dr. T. Falcone (Neapel). Patient K., Schiffskoch aus Hannover, 43 Jahr alt, erkrankte vor circa 2 Jahren plötzlich nach einem Bade, das er ohne viel Vorsicht im Meer genommen. Es befiel ihn ein heftiger Schüttelfrost, der sich namentlich auf die unteren Extremitäten erstreckte, worauf er dann in eine Art synkopalen Zustand verfiel; erst nach 48 Stunden kam er wieder zu sich. An den unteren Extremitäten blieb aber eine fast vollkommen motorische Paralyse zurück, während der rechte Arm paretisch war; aufserdem klagte der Kranke über intensive Schmerzen längs der Wirbelsäule und an den oberen und unteren Extremitäten. Im Spital aufgenommen, wurde er einer geeigneten Behandlung unterzogen und konnte nach 9 Monaten geheilt aufs Schiff zurückkehren und seine frühere Beschäftigung wieder aufnehmen. — Vor zwei Monaten acquirierte er eine Gonorrhöe. Es schwollen einige Tage nachher die Gelenke der unteren Extremitäten an und sie wurden ödematös. Die Heilung dieses Zustandes erfolgte nach zwei Wochen, nachdem man die Beine in absolute Ruhe versetzt und den Tripper behandelt hatte. Die starken Schmerzen und die grofse Zahl der affizierten Gelenke rieten von einer Explorativpunktion ab, was übrigens der Kranke selbst nicht zugelassen hätte.

Dem Verf. scheint dieser Fall sehr belehrend. Ohne sich in eingehendere Betrachtungen und Auseinandersetzungen einzulassen, glaubt er, dafs der gonorrhoische Prozefs die Nervenzentren in Erregung versetzt habe, welche durch Reflexthätigkeit imstande sind, die artikulären Erscheinungen hervorzurufen. Die Thatsachen des vorausgegangenen Rheumatismus würden hierbei nur in dem Sinne mitgewirkt haben, als sie jedenfalls die Nervenzentren für die Erregung empfänglicher gemacht hatten.

(Fortsetzung des Referats im nächsten Heft.)

Wien. del Torre.

Rufsland.

Bemerkungen über 70 Fälle von Erysipel, von Dr. C. Schadek. (S. A. *St. Petersburger Med. Wochenschr.* No. 2. 1887.) Enthält die Statistik über eine Epidemie im Militärhospital. Interessant ist nur die Beobachtung von — nicht primären — Erysipelas faucium in 3 Fällen. In

50 Fällen idiopathischen Erysipels war die Infektionsquelle nicht aufzufinden. — Therapie: Jodoformkollodium lokal.

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, von Dr. C. Schadek. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1886. No. 52.) Ein Soldat wurde mit Heiserkeit und Husten und folgender Hautaffektion in das Lazarett aufgenommen: Die Haut der ganzen rechten Seite, von der Achselhöhle bis hinunter zu den Beckenknochen, ist von einem dichtgedrängten pustulösen Exanthem bedeckt, welches aus konfluierenden Blasen von verschiedener Gröfse und Form besteht, welche zu unregelmäfsigen Gruppen zusammengetreten sind.

Der Verlauf war so, dafs die Hautaffektion, stets vom Zentrum aus, ca. $1^1/_2$ Monat vorschritt, immer auf die eine Körperhälfte beschränkt, und plötzlich still stand. Während die Bläschen im Zentrum abtrockneten, schossen in der Peripherie, mit einem infiltrierten Hof umgeben, neue Bläschen auf, die dann miteinander konfluierten. Von Herpes zoster unterschied es sich durch die unregelmäfsige Verteilung, die langsame Entwickelung der Effloreszenzen und die Abwesenheit der neuralgischen Schmerzen. Vom Erythema Hebrae unterschied es sich durch sein progressives Fortschreiten, Pemphigus vulgaris und Ekzem. Per exclusionem gelangt man so zur Diagnose: Dermatitis herpetiformis.

Hamburg. von Düring.

Amerika.

Journal of Cutaneous and Genito-Urinary-Diseases. Vol. V. No. 10—12

Ein Fall von Purpura, von Dr. H. W. Stelwagon. (Mit Holzschnitt.) Beschreibung einer Eruption, die bei einem anscheinend gesunden Manne in der Umgebung des Nabels auftrat und sich schnell über den Stamm, allmählich auch über Arme und Beine ausbreitete. Die einzelnen Affektionen waren makulös, nicht erhaben, purpurrot und bläulich gefärbt, und meist kreisrund. Der Beginn war mit kleinen runden Stellen von rötlicher oder orangeroter Farbe, deren Zentrum sich aufhellte, wenn die Stellen erbsengrofs geworden waren. Die einzelnen Flecke waren hämorrhagischer Natur, ohne dafs eine Hyperämie voraufgegangen wäre. Die Erkrankung erlosch allmählich von selbst, nach einer Dauer von mehr als 9 Monaten. Duhring und Van Harlingen teilen einen ähnlichen Fall im *Medical and Surgical Reporter.* 3. August 1878 mit.

Das Einteilungsprinzip bei den Hautkrankheiten, von Dr. E. B. Bronson. S. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1887. pag. 886.

Therapie der Lepra, von Dr. P. G. Unna.

Ekzema seborrhoïcum, von Dr. P. G. Unna. Mit einer kolorierten Tafel. S. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1887. No. 18.

Klinische Bemerkungen über Pruritus. Dr. L. Duncan Bulkley spricht nur von idiopathischem Pruritus, der auf einer Affektion der nervösen Elemente der Haut beruht, wodurch Jucken hervorgerufen wird, ohne dafs lokale Verletzungen oder Irritationen vorhergegangen sind.

Unter 5000 Privatpatienten fand er 80 derartige Fälle. Pruritus hiemalis 36; P. generalis 16; P. ani 8; P. vulvae 8; P. scroti 6; P. senilis 6. Davon waren 50 Männer, 30 Weiber. Ein drittel der Patienten war 30—40 Jahre alt, also zu einer Zeit, in der die Nervenanstrengung und Nervenerschöpfung am gröfsten ist.

P. hiemalis, 23 Männer, 13 Frauen. Das Übel hatte meist schon Jahre lang bestanden (10—20 Jahre) und pflegte im Oktober oder Januar zu beginnen, um im April-Mai wieder aufzuhören. Die Beugeseiten sind stärker befallen, besonders an den Schenkeln. Obwohl das Leiden zweifellos sich mit der Temperatur ändert, glaubt B. doch nicht, dafs es allein von der Temperatur abhängt, sondern es käme noch konstitutionelle Anlage hinzu; er schiebt es mehr auf eine unvollkommene Sekretion der Hautdrüsen, als auf eine neurotische Affektion; die Kälte ist Gelegenheitsursache. Er findet, dafs eine Behandlung mit Alkalien tonisierend sehr gut thut gegen die Neigung zu Recidiven.

Es folgen nun Spezialangaben über die verschiedenen Arten des Pruritus, wegen deren wir aufs Original verweisen müssen.

Zum Schlusse gibt er 123 Versuche, die er im Verlaufe von 10 Jahren an sich selbst gemacht hat, betreffs des Auftretens und der Lokalisation der Punkte von Reflexirritation durch Kneifen und Kratzen an andern Punkten des Körpers. Die Ergebnisse sind nicht bestimmt und eignen sich nicht, Schlüsse daraus zu ziehen. Die am gleichen Punkte ausgelösten Reflexe können zu verschiedenen Zeiten vollständig verschieden sein; und wiederum können durch Reizung an ganz verschiedenen Körperstellen an einer und derselben Stelle Reflexe ausgelöst werden. Bis jetzt hat Dr. B. keine Regeln für diese Reflexe aufstellen können.

New York Dermatological Society.

Pityriasis rubra mit pustulösen Affektionen bei einem mit Psoriasis Behafteten, von Dr. Morrow. Patient war in den letzten 10 Jahren häufig mit Psoriasis im Krankenhaus. In den letzten 5 Jahren hatte er ziemlich unordentlich gelebt, und die Psoriasis war jedes Frühjahr und jeden Herbst wiedergekehrt. Nach einem starken Exzefs im Trinken trat heftiges Jucken ein; die Haut war über und über rot und mit Schuppen bedeckt. Bei der Aufnahme 3 Wochen später war deutlich ausgesprochene Pityriasis rubra mit zahllosen pustulösen Effloreszenzen an Händen und Füfsen vorhanden; sie konfluierten bald. Die ganze Haut schälte sich, liefs sich wie ein Handschuh abziehen, und es hinterblieb eine vollständig trockene Haut. Einen ähnlichen Fall stellte M. im April 1886 vor; hier blieben die Pusteln aber kleiner. Er glaubt zwischen den zwei Erkrankungen Psoriasis

und Pityriasis rubra bestände kein Zusammenhang. [Das ist nicht ganz richtig. Der verstorbene Dr. B. Buxter hat mehrere Fälle mitgeteilt von Übergang der Psoriasis, und ebenso von Ekzem und Pemphigus in typische Dermatitis exfoliativa. *Brit. Med. Journal.* Juli 19. 26. 1879. Ref.]

Dr. Bronson und Dr. Fox sahen beide ähnliche Fälle mit dem gleichen Übergang. F. sah einen Fall bei einer Frau; ein Mädchen, das im Bette daneben lag, bekam die gleiche Erkrankung, und nach Ablauf derselben bekam sie Psoriasis. Diese beiden Autoren und Elliot halten diese allgemeine Dermatitis exfoliativa für etwas Andres, als für Hebras Pityriasis rubra; Fox und Elliot halten es für eine Dermatitis. Dr. Morrow glaubt, der einzige Unterschied zwischen Pityriasis rubra und der Dermatitis exfoliativa sei der chronische Verlauf und die Prognose; klinisch sei es wesentlich dieselbe Krankheit.

Sulph-oleate of Sodium. Dr. Fox zeigte Präparate dieses Körpers, in denen 2% Chrysarobin, 1—2% Schwefel und 5% Salicylsäure gelöst sind. Es läfst sich mit gleichen Teilen Wasser mischen und wird sehr gut von der Haut resorbiert. Es ist vom Apotheker Bagoc dargestellt.

Dr. Piffard hat das gleiche Präparat, mit tierischen Ölen dargestellt, angewandt und auch gefunden, dafs es sehr gut von der Haut resorbiert wird.

Piffard zeigt eine neue Methode für Momentphotographie durch Entladung einer mit gepulvertem Magnesiumdraht geladenen Flasche.

Dr. Bronson stellt einen Fall von **Dermatitis exfoliativa** nach Psoriasis vor. Die Psoriasis begann vor 2 Jahren an den Ellbogen und Knieen; vor 6 Monaten befiel sie die ganze Körperoberfläche. Bei der Vorstellung war der ganze Stamm, Nacken, Kopfhaut, Wangen und ein Teil der Haut der Beine stark kongestioniert und mehr oder weniger überall mit lose haftenden, blattähnlichen Schuppen bedeckt. Entfernte man die Schuppen, so hinterblieb eine glatte, mattrötliche, schleimhautähnliche Oberfläche mit zahlreichen blutenden Stellen. Besonders an den Extremitäten waren noch psoriatische Flecke nachzuweisen. Die befallenen Teile waren beträchtlich verdickt. B. hält es für einen Fall von Dermatitis exfoliativa (und nicht für Pityriasis rubra) im Gefolge oder begleitet von Psoriasis.

Dermatologie und Syphilis in Frankreich, von Dr. L. Brocq.

B. teilt im einzelnen die Versuche von Balzer und Besnier mit, die sie mit der Methode von Scarenzio und ihren Modifikationen, bei **Syphilis**, gemacht haben. Balzer wendet Kalomel in Suspension, frisch bereitet, oder gelbes Quecksilberoxyd an, 1,5 g in 15 g Vaselinöl; die Injektionen werden 1 cm tief in die Hinterbacken gemacht. Es entsteht stets eine schmerzhafte Infiltration, die 8—14 Tage anhält, den Patienten aber nicht hindert, seinen Geschäften nachzugehen. Kommt es zu Abscessen, so sind

sie unbedeutend, es kommt aber nicht dazu bei strenger Antisepsis. Selten entstehen sie bei Männern, häufiger bei fetten Frauen, und besonders anscheinend bei Alkoholisten. Manchmal kommt es noch zur Resorption der Abscesse, meist brechen sie aber nach aufsen durch, der Verlauf ist aber ein aseptischer. Häufig genügen 1—2 Injektionen in zwei- bis dreiwöchentlichem Zwischenraum gemacht, um alle Erscheinungen zum Schwinden zu bringen; einige Fälle sind hartnäckiger, ja hin und wieder bleibt der Erfolg aus. Das Verfahren ist billig und hat den Beifall der Patienten, die stets wiederkommen, um sich die Einspritzungen machen zu lassen.

Durch Autopsie hat Verf. sich überzeugen können, dafs das Quecksilber vom Herde der Injektionen vollständig resorbiert war schon nach 3 bis 4 Wochen; dagegen werde Quecksilber im Urin und Speichel bis zu 12 Monaten gefunden.

Du Castel zieht das gelbe Quecksilberoxyd dem Kalomel vor. Er hat beide beim gleichen Patienten angewandt (in Suspension) und findet, dafs das erstere weniger Schmerzen und Beschwerden macht, als das andre.

Den ganzen Inhalt eines langen Briefes von Brocq bilden Einwürfe, die B. gegen die subkutane Injektion der unlöslichen Quecksilberpräparate erhebt, die Balzer so dringend empfohlen hat. Besnier (*Soc. méd. Hôp. Paris.* März 25. 1887) hält den Vorwurf, dafs es bei der Methode häufig zu Abscefsbildung käme, für gegenstandlos. Dagegen weist er darauf hin, dafs die vorausgesetzte Umwandlung des Kalomels in Sublimat so geringe Mengen ergäbe, dafs die Wirkung eine höchst problematische sein müsse; Vorteile der Methode vor andern wüfste er nicht anzugeben; Recidive sind ebenso häufig (in einem Fall trat 25 Tage nach der letzten Einspritzung syphilitische Meningitis auf). Die Infiltrationen sind dazu angethan, die ganze Methode äufserst unpopulär zu machen, denn sie sind so schmerzhaft, dafs eine Verheimlichung der Kur unmöglich ist. Nur bei sehr heftig und mit ungewöhnlichen Symptomen auftretender Syphilis ist diese Methode vielleicht indiziert.

Mauriac (eodem loco 27. Mai). Die Wirkung ist zwar eine schnelle; Vorzüge, die die grofsen Unannehmlichkeiten aufwiegen, sieht er bei der Methode nicht.

Vidal ist durch die unangenehmen Erfahrungen, die er bei andern gesehen hat, von eignen Versuchen abgeschrekt.

Fournier stimmt dem bei.

Verhandlungen des Amerikanischen Dermatologen-Kongresses in Baltimore 1887. (Bereits ref. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1887. No. 19.)

Manchester. H. Brooke.

(Übersetzt von Dr. von Düring in Hamburg.)

Journ. of cutan. and genito-urinary diseases. Vol. VI. 1888. Januar.

Klinische Syphilographie. 1. Das bullöse (hereditäre) Syphilid. 2. Diffuse syphilitische Perionychia, von R. W. Taylor. (Mit 4 Abbildungen.) Die bullöse Form ist bekanntlich bei der acquirierten Syphilis sehr selten, so dafs sie von einigen Autoren geradezu in Abrede gestellt und ausschliefslich als Manifestation der hereditären Krankheit betrachtet wird. Auch bei Neugeborenen ist sie selten genug, und Verf. hat in dem Charity-Hospital während einer Reihe von Jahren nicht mehr als ein bis zwei Fälle jährlich beobachtet. Dieselbe tritt am frühzeitigsten von allen hereditären Syphiliden auf und zwar in der Regel innerhalb der ersten Woche nach der Geburt, jedenfalls nur ausnahmsweise nach dem ersten Monat. Häufig auf die Hohlhände und Fufssohlen beschränkt, findet es sich zuweilen auch an den Gliedern, dem Stamm und Gesicht — dann meist weniger charakteristisch entwickelt. Die verschieden grofsen Bullae, deren seröseiteriger Inhalt sich häufig binnen 24 Stunden in Eiter verwandelt, stehen auf einer hyperämischen, purpur- bis dunkel kupferroten Fläche, während an andern Körperstellen statt dieser Veränderung der Basis die Blasen gewöhnlich von mehr oder weniger umfangreichen, kupferroten Höfen umgeben sind. Als Eigentümlichkeit des bullösen hereditären Syphilids erwähnt Verf. den Umstand, dafs, falls — wie es nicht häufig vorkommt — die Blasen sich in aufeinanderfolgenden Schüben entwickeln, dies in nur kurzen Zwischenräumen geschieht. Das bullöse Syphilid ist der Ausdruck einer intensiven Infektion des Organismus und wird gewöhnlich von visceralen Läsionen begleitet. Die Prognose kann daher meist nur eine ungünstige sein. Während Neumann nur in einem einzigen Falle Heilung gesehen hat, ist Verf. in zwei Fällen so glücklich gewesen, günstigen Erfolg zu erzielen.

Die Behandlung bestand in dem innerlichen Gebrauch von Hydrarg. jodat. flav. mit Ferr. lactic. Von Pemphigus unterscheidet sich diese Erkrankung dadurch, dafs derselbe bei Kindern niemals zuerst an den Hohlhänden und Fufssohlen auftritt und überdies dessen Blasen gröfser, von einem roten Hof umgeben und auf normaler Haut gelegen sind, sowie ohne Reizung wenig Neigung zur Ulceration zeigen.

Die diffuse syphilitische Perionychia bei einer 38jährigen Frau entwickelte sich im 7. Monat nach der Infektion. Befallen wurden nur diejenigen Finger, welche infolge der Beschäftigung der Patientin als Schneiderin beständiger Bewegung und Reibung ausgesetzt waren. Die anfänglich allein vorhandene, keineswegs hochgradige Hyperämie der Haut steigerte sich durch Nachlässigkeit der Patientin zu entzündlicher Schwellung und Infiltration mit gleichzeitiger, rapider Nekrose der Nagelsubstanz, zuletzt trat noch eine Lymphangitis des Unter- und Oberarms mit Entzündung der Axillardrüsen hinzu.

Zwei Fälle von Prostatotomie wegen Obstruktion, von A. T.

Cabot. Verf. bespricht die perineale Prostatotomie, welche früher nur vereinzelt ausgeführt und erst vor einigen Jahren durch Reginald Harrison mehr Beachtung gefunden hat. Derselbe veränderte die bis dahin geübte Nachbehandlung, indem er während der Heilung durch die Operationswunde eine weite, elastische Kanüle in die Blase einführte, um hierdurch das Lumen der Urethra an der Prostata zu sichern. Nach der Entfernung dieser Kanüle läfst er noch längere Zeit täglich ein elastisches Bougie einführen.

Der zweite Fall verlief weniger günstig, denn es stellten sich nach der Operation Inkontinenz ein, nach des Verf.s Ansicht jedenfalls eine Folge der bei der Inzision durch die membranöse Urethra notwendigen Zerschneidung des Schliefsmuskels und der nach dessen Heilung zurückbleibenden Beeinträchtigung der Kontraktionsfähigkeit. Verf. glaubt, dafs bei einer kräftig entwickelten, wahrscheinlich hypertrophierten Blase die innere Prostatotomie vorzuziehen ist, da der Schliefsmuskel unbelästigt bleibt, während die perineale Operation namentlich in den gewöhnlichen Fällen indiziert erscheint, in denen Atonie und Ausdehnung der Blase hinter der Obstruktion vorhanden ist.

Dermatologische Notizen. Erysipeloid. — Herpes tonsurans maculosus. — Urticaria pigmentosa. — Akutes zirkumskriptes Ödem. — Behandlung des Epithelioms mit Acidum lacticum. Von George T. Elliot. Verf. bespricht zunächst das zuerst von Rosenbach beschriebene und als mykotisch nachgewiesene Erysipeloid, indem er an einen derartigen Fall aus seiner Praxis anknüpft. Die Krankheit trat innerhalb dreier Jahre dreimal auf und zwar in den ersten Anfällen nur an den Hohlhänden, während beim letzten Anfall aufserdem auch die Fersen und die Dorsalfläche der Zehen ergriffen wurden. Während die zuerst befallene Hautpartie allmählich zur Norm zurückkehrte, breitete sich die Affektion langsam in der Umgebung aus. Die Symptome bestanden in einer violetten Rötung und leichten Anschwellung der befallenen Stellen, welche gegen die gesunde Umgebung scharf abgegrenzt waren. Während des ganzen Verlaufes war weder Desquamation vorhanden, noch wurde die Entwickelung von Papeln, Bläschen oder andern Läsionen beobachtet. Ebensowenig bestand Fieber oder derartige allgemeine Symptome. Die subjektiven Erscheinungen beschränkten sich auf heftiges Jucken und Brennen an den betreffenden Stellen. Entsprechend Unnas Empfehlung verwendete Verf. das Ichthyol mit unübertrefflichem Erfolg und zwar mit Ungt. diachyl. Hebr. als Salbe. Nach seiner Ansicht sollte dieselbe wenigstens 15—20%ig sein, während nach Unna eine 5%ige wässerige Lösung vollständig ausreicht [womit auch die Erfahrung des Ref. übereinstimmt]. Das häufig auf die Hände beschränkte Vorkommen des Erysipeloids erklärt sich nach Rosenbach zur Genüge durch die mykotische Natur desselben, indem es durch Inokulation ektogener Keime übertragen wird. Letztere finden sich in allen Arten von toten oder der Zersetzung unterworfenen

tierischen Stoffen, und dementsprechend befällt diese Krankheit vorzugsweise solche Personen, welche mit Wildpret, Fischen etc. zu thun haben, und natürlich zuerst diejenigen Körperteile, welche mit dem infektiösen Material in direkte Berührung kömmen, d. h. die Hände [resp. in ganz derselben Weise bei andern Beschäftigungen die Füfse. — Ref.].

Unter der Bezeichnung Herpes tonsurans maculosus (fleckige Form des Ringworm) beschreibt Verf. eine etwas seltenere Form dieser Krankheit, welche sich durch die akute Entwickelung und die Ausdehnung der befallenen Hautfläche unterscheidet. Sie wird charakterisiert durch die gleichzeitige Entwickelung unzähliger, erythematöser Flecke von der Gröfse einer Nadelkuppe, welche sich peripherisch vergröfsern, während im Zentrum eine Bildung von Squamae stattfindet. Mit der zunehmenden Vergröfserung der Läsionen nähert sich der Typus dieser Affektion mehr und mehr dem gewöhnlichen Herpes tonsurans. Von den Bemerkungen des Verf.s über die Therapie dieser Krankheit sei nur erwähnt, dafs er es nicht für genügend hält, eines der parasitiziden Mittel blofs auf den erkrankten Stellen anzuwenden, sondern wegen etwaiger Nachschübe des Ausschlages will er die ganze Körperfläche damit behandelt wissen. Vor allen andern Mitteln bevorzugt er eine Lösung von Acid. salicyl. 10,0, Spirit. saponat. kalinus 30,0, Spirit. vini rect. 60,0, welche er dreimal täglich mittels eines Flanellappens einreiben läfst.

Von Urticaria pigmentosa — (s. *Monatshefte.* 2. Bd. 1883. pag. 44. G. und F. E. Hoggan) — schildert Verf. zwei Fälle, welche, der Regel entsprechend, beide Kinder (10 Monate und drei Jahre alt) betrafen. Die Krankheit beginnt stets im frühesten Alter, und deren Läsionen gleichen anfangs vollständig denen der einfachen Urticaria. Nach dem Verschwinden der Papeln entwickelt sich an deren Stelle eine Pigmentation der Haut von bräunlichroter bis dunkelbrauner Farbe, welche gewöhnlich nach einigen Wochen wieder langsam abnimmt und verschwindet, während sich dieser Vorgang an andrer Stelle wiederholt. Auf diese Weise kann die Krankheit Jahre lang der Behandlung widerstehen. Jucken ist in verschieden hohem Grade vorhanden. Hautreizung spielt eine wichtige Rolle bei der Entstehung neuer Ausbrüche der Krankheit.

Einen überaus interessanten Fall schildert Verf. unter der Bezeichnung akutes zirkumskriptes Ödem, welcher drei ganz ähnlichen Fällen entspricht, die Strübing in der *Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. IX. Heft 5 mitgeteilt hat. Das einzige Symptom dieser angioneurotischen Affektion ist eben das Hautödem, welches plötzlich entsteht und nach verhältnismäfsig kurzer Zeit ebenso schnell wieder verschwindet. Das eigentümliche dieses Ödems, welches namentlich das Gesicht bevorzugt und mit Glottis- und Larynxödem, sowie mit Somnolenz, gastrischen, intestinalen und renalen Symptomen verbunden sein kann, sind die wiederholten Recidive desselben. So trat es im vorliegenden Falle anfänglich im Monat zweimal und nach zwei Jahren wöchentlich zwei bis dreimal, ja selbst täg-

lich auf. In diesem Falle scheint häufige Verstopfung des Patienten bei der Entstehung der Affektion wirksam gewesen zu sein, wenigstens bewirkte die Beseitigung und Verhütung dieser Verdauungsstörungen mit Sicherheit, dafs das Ödem bald verschwand. Über die eigentliche Entstehungsursache äufsert sich Verf. nur soweit, als er die Vermutung eines nervösen Einflusses erwähnt.

Die Mitteilungen des Verf.s über die Behandlung des Epithelioms mit Acidum lacticum, welche durch zwei Fälle aus seiner Praxis erläutert werden, enthalten nichts Neues, und es kann daher auf ein früheres Referat in unsrer Zeitschrift V. Bd. 1886. pag. 264 verwiesen werden.

Tumor der Blase. Entfernung. Heilung. Von Alex. W. Stein. Der Verf. beschreibt einen Fall von Blasentumor, dessen Vorhandensein nur durch perineale Inzision und nachfolgende Digitalexploration nachgewiesen werden konnte, da sich die Symptome auf Reizbarkeit der Blase, Hämaturie und Schmerzempfindung am Ende der Urinentleerung beschränkten. Der Tumor — anscheinend ein fibröser Polyp, welcher in die Blasenhöhle hineinragte und, von der Gröfse etwa einer halben Kastanie, hoch oben an der hinteren Wand der Blase gelegen war — wurde mittels Kurette stückweise entfernt, indem er mit dem Finger gegen das Instrument gedrückt wurde. Die hierbei entstandene Blutung wurde durch Injektion von Liq. ferri sesquichlorat. gestillt. Der Erfolg übertraf die Erwartungen, und nach der vollendeten Heilung der Operationswunde waren alle Beschwerden verschwunden.

Die Behandlung von Epitheliomen mit schwachen Ätzmitteln, von Daniel Lewis. Verf. vertritt in diesem beachtenswerten Aufsatz die Ansicht, dafs vor der Anwendung schwacher Ätzmittel bei dieser Krankheit nicht dringend genug gewarnt werden könne, da hierdurch einzig und allein die Aktivität der Gewebe — infolge der eintretenden Hyperämie — und somit die Entwickelung der Krankheit gesteigert wird. Für vorteilhaft erklärt Verf. nur diejenigen Ätzmittel, welche die kranken Gewebe vollständig und schnell zerstören. Eine Ausnahme unter den schwachen Ätzmitteln macht der bereits 1869 von Althaus empfohlene galvanische Strom, dessen vortreffliche Wirkung von verschiedenen Seiten bestätigt worden ist, jedoch nicht wie bei den übrigen Ätzmitteln auf mechanischem Wege vor sich geht, sondern in einer chemischen Wirkung des negativen Pols besteht. Die Darlegungen des Verf.s werden durch einige Fälle aus seiner Praxis erläutert, sowie auch eine treffliche Abbildung eines Epithelioms der Nase und des unteren, linken Augenlides beigefügt ist, welche beweisen soll, wie langsam sich diese Krankheit in vielen Fällen entwickelt, sobald sie nicht durch ungenügend wirkende Ätzmittel zu schnellerem Tempo gereizt wird.

In der 176. Sitzung der New Yorker dermatologischen Gesellschaft

stellte Dr. Bronson einen Fall von **Elephantiasis der Beine** bei einer jungen Frau vor, welcher insofern nicht ohne Interesse ist, als auch die Mutter der Patientin von Kindheit an an derselben Krankheit gelitten hat.

Der Vortrag von Dr. Daniel Lewis über die Behandlung des Epithelioms mit schwachen Ätzmitteln ist bereits besprochen. In der Debatte tritt Dr. Bronson für den Wert des Argent. nitric. ein. Dasselbe dürfe nur nicht oberflächlich angewendet werden, sondern in Form eines spitzen Stiftes, welcher, nach der Art Hebras, nach allen Richtungen in die Neubildung eingebohrt wird. Dieses Verfahren biete besondere Vorteile, wenn es darauf ankommt, gesunde Gewebe zu erhalten, z. B. am Auge. Fast sämtliche Redner stimmen darin überein, dafs in der Regel die milden Ätzmittel zu verwerfen sind, da die erkrankten Gewebe so schnell und radikal als irgend möglich entfernt werden müssen. Wo dies aus gewissen Gründen nicht durchführbar ist, können unter Umständen und zwar namentlich bei sehr oberflächlichen Epitheliomen auch die milden Ätzmittel, z. B. der Höllensteinstift, eine günstige Wirkung erzielen.

Leipzig. Th. A. Kirsten.

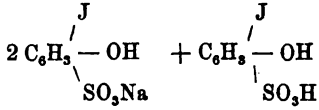
Verschiedenes.

Dem Aufsatze von B. Fischer in der *Pharm. Ztg.* 1887. No. 103 über einige neuere Arzneimittel entnehmen wir ferner:

Mollinpräparate. Seitdem die Dermatologie sich zu einem Sonderzweig der Medizin entwickelt hat und man der äufseren Anwendung der Medikamente erneute Aufmerksamkeit zuwendet, sind an Stelle der bisher üblichen Salbengrundlagen neue vorgeschlagen worden. — Zu diesen gehört auch das von Apotheker Canz dargestellte Mollin. Seiner wesentlichen Zusammensetzung nach ist dasselbe eine aus Kokosfett, Nierenfett und Talg hergestellte Kaliseife, welche zur Korrektur der Konsistenz eine gewisse Menge Natronseife enthält und mit 17 % Fett überfettet ist, um die irritierende Wirkung des Alkalis auszuschliefsen. Über den therapeutischen Wert einer solchen Salbengrundlage ein Urteil abzugeben, ist Sache unsrer medizinischen Vettern. Wenn indes die Entwickelungsgeschichte dieses Präparates einen Schlufs auf seine Anwendbarkeit zuläfst, so dürfte dasselbe in manchen Fällen sehr wohl gewisse Vorteile bieten. Eine überfettete Seife von Salbenkonsistenz wird sich in zahlreichen Fällen sehr wohl anwenden lassen. Aber nur zu gewöhnlich schiefsen die über eine medizinische Neuheit gemachten Mitteilungen weit über das Ziel hinaus, und erst die alles ebnende Zeit führt die Illusionen auf ein richtiges Mafs zurück. So auch beim Mollin. Die auf der Wiesbadener Ausstellung vorhandenen Mollinpräparate (Mollin und Mollin mit Quecksilber, Ichthyol, Perubalsam, Teer, Styrax) haben unser Interesse in hohem Grade erregt.

Die beigegebene Broschüre indes enthält einige Stellen, gegen welche unser chemisches Gewissen lebhaft opponierte. Es liegt uns beispielsweise fern, die Angabe Dr. Kirstens in Zweifel zu ziehen, dafs das Mollin eine neutrale Seife sei, bezw. kein unverbundenes Alkali enthalte. Wenn derselbe aber die Meinung ausspricht, es sei das im Überschufs zugesetzte Fett „durch vorsichtige Erhitzung aufgeschlossen und mit den übrigen Bestandteilen des Präparates chemisch verbunden", so bedürfte diese Behauptung für ein chemisch gebildetes Pub likum doch zunächst des Beweises. Thatsächlich dürfte unsrer Ansicht nach das Mollin vielmehr eine Seife sein, welche eine gewisse Menge freies Fett (17 %) im Zustande emulsionsartiger Verteilung enthält. Es ist diese Richtigstellung für die therapeutische Indikation natürlich ohne Belang, für den pharmazeutischen Leserkreis dagegen unbedingt notwendig, um der Bildung falscher Vorstellungen vorzubeugen.

Sozojodol. Zu der früheren Mitteilung über Sozojodol wäre nachzutragen, dafs die in den *Therap. Monatsh.* von Lassar angegebene Formel für diese Verbindung nicht ganz korrekt ist. Nach direkten Mitteilungen der chem. Fabrik von H. Trommsdorff in Erfurt ist das Sozojodol nämlich nicht die freie Jodparaphenolsulfonsäure, sondern das saure Natriumsalz derselben, welchem mit ziemlicher Sicherheit die Formel



zukommt Dementsprechend ergibt das Präparat beim Erhitzen auf dem Platinblech auch einen Rückstand von kohlensaurem Natrium, wenn derselbe auch bei dem hohen Molekulargewicht der Verbindung so gering ist, dafs es nur beim Veraschen gröfserer Mengen des Präparates mit Sicherheit zu erkennen ist. Bezüglich der Löslichkeit des Natriumsalzes wäre nachzutragen, dafs Wasser von gewöhnlicher Temperatur 7 % des Salzes in Lösung erhält.

Personalien.

An Stelle des auf seinen Wunsch pensionierten Dr. Poor ist Prof. Géza Antal zum Primarius der dermatologischen und syphilitischen Abteilung des Rochusspitales in Budapest ernannt worden.

Aus der Praxis.

No. 13. **Antipyrin gegen Erektionen bei Gonorrhöe.** Das Antipyrin bildet einen ausgezeichneten Ersatz der Brompräparate; es ersetzt bei

schmerzhaften Pollutionen vollständig Bromkalium. Ausführlichere Mitteilungen darüber finden sich: *Wiener Med. Blätter.* No. 4. 1888. *Berl. Allg. med. Centralzeitung.* No. 10. 1888.

Dr. T. in B.

Die Redaktion. Es würde das eine Bestätigung der von L. Blanc in Lyon gemachten Erfahrung sein, die Pauly-München in No. 4 der *Monatshefte* erwähnt. —

No. 14. Hat einer der Herren Kollegen Erfahrungen mit dem **Endoskop** von Schütz und ob sich dasselbe bewährt hat?

Dr. T. in B.

No. 15. Kann einer der Herren Kollegen näheres über Erfolge mit Tommasolis **Salbenspritze** mitteilen? Ausführl. Referat darüber s. d. Jahrg. der *Monatsh.* pag. 30.

Dr. T. in B.

No. 16. **Behandlung der hyphogenen Sykosis** (s. *Monatsh.* pag. 247). Die einfachste Behandlung reicht für jene oberflächliche Form aus, welche nur schuppende, rote Kreise und Ringe zeigt. Sie ist nur verschieden, je nachdem der Bart stehen bleibt oder rasiert wird. In ersterem Fall ist eine Resorcinpomade zu empfehlen mit oder ohne Zusatz von Sublimat, z. B.

Ung. pomadin.	20,0
Resorcini	2,0
($HgCl_2$	0,05)

M.

Dieselbe wird morgens und abends mit der Hand zwischen den Haaren sorgfältig eingerieben, eventuell nach Waschungen mit überfetteter Sublimatseife.

Wenn der Bart rasiert wird, was alle zwei Tage (Vorsichtsmafsregeln dabei s. w. u.) geschehen kann, ist die Pastenform besser anwendbar.

Pastae zinci	20,0[1]
Resorcini	2,0
($HgCl_2$	0,05)

M.

Man kann dieselbe auch bei Tage gebrauchen, indem der Überfluſs der eingetrockneten Paste mit einem feuchten Tuche leicht abgewischt

---

[1] Meine Zinkpaste hat stets folgende Zusammensetzung: Ung. Zinci benz. pp. 90, Terrae siliceae (Kieselgur) pp. 10. M. f. pasta optime terendo.

wird, wie denn die Pasten nach unten angegebener Formel am besten auf die feuchte Haut und mit angefeuchtetem Finger fein verrieben werden. Es bleibt dann nur ein feiner, puderartiger Rest derselben sichtbar.

In leichteren Fällen hyphogener Sykosis genügt bei rasiertem Barte das tägliche Bestreichen der Stellen mit dem Sublimatsalbenstift (einmal täglich) oder Resorcinsalbenstift (zweimal täglich), oder endlich bei rasiertem oder unrasiertem Barte die Besprühung mit einem Resorcinalkoholspray, worauf, falls rasiert ist, gepudert wird. Eine Formel solchen Sprays ist:

Resorcini	5,0
($HgCl_2$	0,01 — 0,05)
Aq. coloniensis	
Spiritus	āā 50,0 .
Ol. Ricini	1,0

M.

Die beste, weil rascheste Behandlung der knotigen tiefen Form ist die Pflastermullbehandlung. Stets mufs hier der Bart rasiert oder wenigstenz ganz kurz geschnitten werden. Darauf wird je nach der Schwere des Falles einer der folgenden Pflastermulle über die ganze mit Knoten besetzte Hautpartie appliziert und eventuell durch Zinkleim und Watte oder Binden noch stärker angedrückt:

1.	*Hydrargyri*	20,0
	Acidi carbolici	7,5
2.	*Hydrargyri*	10,0
	Acidi carbolici	10,0
	Sublimat	1,0
3.	*Hydrargyri*	10,0
	Acidi carbolici	10,0
	Sublimat	2,0
	Zinkoxyd	10,0

Unter dieser Behandlung werden die Knoten teils resorbiert, teils vereitern sie rasch und ziemlich schmerzlos durch minimale Substanzverluste; die Spannung hört sofort in der ganzen entzündeten Partie auf. Eventuell kann man durch übergelegte warme Verbände den Verlauf noch mehr beschleunigen. Epilation der bereits vereiterten Follikel ist zweckmäfsig, jedoch vollständig überflüssig überall dort, wo noch keine Vereiterung stattgefunden hatte.

Wenn hierunter die Knoten verschwunden sind, ist obige Resorcinpaste für die Nachbehandlung zu empfehlen.

(Fortsetzung folgt.)

UNNA.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. Richter in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 8. 15. April 1888.

Aus der Privat-Klinik von Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Über Kreuznacher Mutterlauge und Chlorcalcium in der Behandlung der Hautkrankheiten.

Von

Dr. E. Lier,

Badearzt in Kreuznach.

Infolge exakter Forschungen über die Resorptionsfähigkeit der normalen Haut war die Lehre von der spezifischen Wirkung der Mineralbäder so völlig erschüttert worden, dafs die Balneologie zur Rettung der therapeutischen Bedeutung der letzteren rückhaltlose Zuflucht bei der Nervenphysiologie suchte und fand. Leider führte die Theorie von der Reflexwirkung der Hautreize und deren Beziehung zum Gesamtstoffwechsel die fatale Konsequenz herbei, dafs nunmehr eine spezielle Differenz zwischen den einzelnen Mineralbädern hinsichtlich ihrer Wirkungsweise auch bei Hautkrankheiten kaum mehr anerkannt wurde. Die notorisch günstige Wirkung begann man also teils auf die allen Bädern gemeinsamen physiologischen Reizwirkungen, teils auf die besonders vorteilhaften hygieinischen Verhältnisse zu beziehen. Diesem theoretisch allerdings einfachen und teilweise berechtigten Standpunkte in der Bäderfrage widerspricht aber die praktische Erfahrung der Ärzte seit Jahrzehnten vollkommen. Speziell wo die Heilung von Hautkrankheiten in Frage kommt, ist nicht zu leugnen, dafs besonders die Kategorien der Schwefel- und Soolbäder vor allen andern Bädern gleichsam instinktiv und, wie die Erfahrung zeigt, mit Recht in erster Linie gewählt werden. Dies kann kein Zufall sein; es müssen irgend welche spezifische

Eigentümlichkeiten diesen Arten von Bädern zukommen, welche über die allgemein physiologische Badewirkung und die bessere Bäderhygieine hinausgehen.

Das Spezifische der Schwefelbäder ist in neuerer Zeit besonders durch die theoretischen Arbeiten von UNNA[1] und SCHULZ[2] ziemlich geklärt worden; es ist sehr wahrscheinlich, dafs hier die schwächer oder stärker reduzierenden Wirkungen des Schwefels lokal und allgemein in Betracht kommen.

Was die Kochsalzbäder betrifft, so ist der ihnen charakteristische physiologische und therapeutische Effekt noch nicht befriedigend aufgeklärt; auch herrscht vielfach noch die Ansicht, dafs durch Solbäder überall die gleichen Wirkungen zu erzielen seien, eine Auffassung, welche wenigstens in bezug auf Hautaffektionen durchaus mit den Thatsachen in Widerspruch steht. Denn schon die einfache Erfahrung der praktischen Ärzte bestimmte dieselben seit langer Zeit unter den Solbädern ganz besondere, vor allem Kreuznach, als solche hervorzuheben, welche zur Behandlung von Dermatosen geeignet seien. Da nun in der That andre Solbäder von demselben oder ähnlichem Chlornatriumgehalt diese Wirkung nicht in demselben Mafse entfalten, so ist klar, dafs ein andrer Faktor als das allen gemeinschaftliche Kochsalz zur Erklärung der spezifischen Wirkung herangezogen werden mufs.

Lange Zeit nun wurde auf den Jod- und Bromgehalt der Kreuznacher Quellen zur Deutung der günstigen Erfolge Wert gelegt; dieser Ansicht stehen indessen gewichtige Bedenken entgegen; denn erstens wirkten andre jod- und bromhaltige Bäder nicht gleich günstig, ferner ist Jod und Brom, welches frei resp. in statu nascendi sehr energische antibakterielle Eigenschaften besitzt (Jod- und Bromwasser von 0,03 bis 0,04 % töten in

---

[1] Aphorismen über Schwefeltherapie und Schwefelpräparate. *Monatsh. für praktische Dermatologie.* Bd. I. 1882. pag. 289 und 325; Bd. II. 1883. pag. 197 und 329. — Überhäutung und Überhornung (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1883. No. 35. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. II. 1883. pag. 323. — Ichthyol und Resorcin. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1887. Erg.-Heft II.

[2] Beitrag zur Pharmakodynamik des Schwefels. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. VII. 1888. pag. 122.

24 Stunden alle Sporen), nur in der Form der in dieser Beziehung unwirksamen Salze in dem Mineralwasser enthalten, auch sind dieselben nur in so verhältnismäfsig geringen Quantitäten vorhanden, dafs beide für die Therapie der Hautkrankheiten kaum in Betracht gezogen werden können. Wenn demnach den Jod- und Bromsalzen eine einflufsreiche Rolle bei den therapeutischen Effekten der Bäder unsern jetzigen Kenntnissen gemäfs nicht zuzuschreiben ist, so kann das günstige Agens nur in dem Chlorcalciumgehalt derselben gefunden werden, zumal die noch übrigen Bestandteile ihrer chemischen Natur nach und wegen ihrer unbedeutenden Quantität irrelevant erscheinen müssen.

Gestützt wird diese Ansicht noch durch folgende Erwägungen:

Chlorcalcium, $CaCl_2$, Calciumchlorid, hat, wie bekannt, die Eigenschaft, in sehr energischer Weise Wasser anzuziehen; das weifse, kristallinische Calcium chloratum zerfliefst an der Luft und wird als Trockenmittel für Gase etc. benutzt.[3]

Calciumchlorid findet sich in dem Mineralwasser von Kreuznach zu 1,74 ‰ bis 2,27 ‰, in der Kreuznacher Mutterlauge aber zu 345,41 ‰; Chlorcalcium fehlt in vielen andern Mutterlaugen, so z. B. auch in der Harburger, gänzlich, kommt in andern nicht in so hohem Prozentsatz vor.[4]

Auf Grund der angeführten Reflexionen und Thatsachen ging ich an die Lösung der Aufgabe, den Einfluſs der Kreuznacher Mutterlauge auf die kranke und gesunde Haut festzustellen und ihre Anwendungsweise auf physiologische und dermatotherapeutische Grundsätze zurückzuführen; damit hoffte ich zugleich der Beantwortung der Frage, wie die noch wenig aufgeklärte Wirkung des Chlorcalciums zu stande kommt, näher zu treten.

---

[3] Chlorcalcium wird bei der Ammoniakfabrikation sowie bei der Sodadarstellung nach dem Ammoniakverfahren erhalten; man stellt es auch durch Auflösen von Calciumkarbonat in Salzsäure dar in Form von grofsen, durchsichtigen Kristallen von der Formel $CaCl_2 + 6\,H_2O$, welche bei 29° in ihrem Kristallwasser schmelzen und bei 200° in eine weifse poröse Masse übergehen. Das wasserfreie $CaCl_2$ absorbiert Ammoniak und bildet damit ein weifses voluminöses Pulver, $CaCl_2 + 8\,NH_3$. (Arnold, *Repetitorium der Chemie*. 2. Aufl. Hamburg 1887.)

[4] Die Analysen der Elisabethquelle (schwächste Quelle) sowie der Mutterlauge ergaben in 1000 Teilen:

Zu diesem Zweck stellte ich als dermaliger Assistent unter Leitung von Herrn UNNA eine Reihe von Versuchen[5] an, welche sich in streng logischer Weise auf die von letzterem in seinem Vortrag in Dublin[6] entwickelten Prinzipien gründeten.

Um zunächst die denkbar konzentrierteste Einwirkung auf ein notorisch hartnäckiges Hautleiden, welches den meisten chemischen Angriffen widersteht, zu erzielen, mußte die Applikation der Mutterlauge unter einer impermeablen Bedeckung erfolgen; dazu erschien folgender Fall von Psoriasis sehr geeignet.

Frl. E., 17 Jahre, von leicht chlorotischer, doch sonst gesunder Konstitution, litt seit einem Jahr an universeller, torpider Psoriasis; insbesondere waren Ellbogen und Kniee von hartnäckigen, ziemlich verdickten Effloreszenzen bedeckt; auf der übrigen Körperoberfläche fanden sich teils konfluierende größere, teils zirkumskripte kleinere Plaques mit starker Infiltration des Papillarkörpers. Wiederholte Kuren hatten keinen nennenswerten Erfolg gehabt, daher mußte eine energische Behandlungsmethode eingeleitet werden.

	Elisabethquelle (LÖWIG)	Mutterlauge (BUNSEN)
Chlorcalcium	1,7435	345,41
Chlornatrium	9,4900	3,57
Chlormagnesium	0,5314	33,88
Chlorkalium	0,0812	17,12
Chlorlithium	0,0798	14,55
Bromkalium resp. -magnesium	0,0375	6,89
Chlorstrontian	unbestimmt	2,85
Jodkalium (magnesium	0,0045	0,07
Chlorcaesium) Chlorrubidium)	Spuren	
Kohlensauren Kalk	0,2201	—
Bittererde	0,0139	—
Eisenoxyd	0,02	—
Phosphorsaure Thonerde	0,0034	—
Manganoxyd	0,0009	—
Kieselerde	0,1680	—
Kohlensauren Baryt	0,0022	—

[5] Die zu den Versuchen erforderliche Mutterlauge wurde von der Soolbäder-Aktien-Gesellschaft zu Kreuznach in liberaler Weise zur Verfügung gestellt.

[6] Über die neueren Fortschritte in der Behandlung der Hautkrankheiten. *Samml. klin. Vorträge,* von R. VOLKMANN. Nr. 300.

Zum Vergleich der Wirkung der üblichen Medikamente mit derjenigen der Mutterlauge wurden die Plaques am linken Knie mit in unverdünnter Mutterlauge imprägnierten Mullkompressen bedeckt, darüber Guttaperchapapier appliziert und das Ganze mit Mullbinden befestigt, während die übrigen Psoriasiseffloreszenzen mit Chrysarobinsalbe behandelt wurden.

Nach einmaligem Verbandwechsel innerhalb von 24 Stunden zeigte sich am linken Knie folgender Befund:

Die verdickten Papeln waren abgeflacht, die sie bedeckende Hornschicht war weifslich verfärbt und glich einer mit Argent. nitric. bestrichenen Schleimhautfläche, der Papillarkörper darunter war flacher geworden, die gesunde Haut normal gefärbt, nicht geschwellt, irgend welche Störungen subjektiver Art fehlten.

Unter fortgesetzter Applikation der Umschläge änderte sich das Bild in den nächsten vier Tagen völlig. Es trat starke Rötung der psoriatischen Stellen ein, die früher weifslich gefärbten Hornschichtlamellen hatten sich abgestofsen, die Papeln wurden erhabener, sukkulent und nässend und schwollen schliefslich zu einer gröfseren Dicke an als sie ursprünglich besessen hatten; auch die umgebende gesunde Haut war cyanotisch und leicht ödematös; subjektiv machte sich ein intensives Brennen, selbst Schmerz bemerkbar.

Nach Sistierung der Umschläge trat in kurzer Zeit wieder Abflachung der Papeln ein, die Reizungszustände verschwanden, doch blieb die Partie noch länger infiltriert und widerstand der späteren Chrysarobin- und Pyrogallolbehandlung mehr als die übrigen Effloreszenzen.

Aus diesem Versuch ergab sich folgendes:

Die Wirkung der Mutterlaugenumschläge ist von der einfacher Wasserumschläge total verschieden; nach letzteren entsteht wohl eine Imbibition der Hornschichten mit Wasser und Aufquellen derselben, nie aber Ödem der Haut, noch tritt überhaupt anfangs eine Abflachung des infiltrierten Papillarkörpers ein. Wir haben es bei jener mit einer successiv sich steigernden und auf den ersten Blick sich deutlich in zwei Phasen gliedernden Wirkungsweise zu thun, welche ich zur Charakterisierung der-

selben als primäre oder Oberflächen- und als sekundäre oder Tiefenwirkung bezeichnen will.

Indem die Mutterlauge sich mit den obersten Hornschichten in Kontakt befand und in dieselben eindrang, entzog sie den tieferliegenden und dem Papillarkörper Wasser; es kam daher zu einer auffallenden Abflachung der tieferen Epithellagen und des Papillarstratums (Oberflächenwirkung). Im weiteren Verlaufe mufste sich diese Abflachung jedoch in ihr Gegenteil verkehren, denn allmählich quollen unter der impermeablen Bedeckung nach Sättigung der Hornschicht mit Wasser auch die tieferen Lagen des Epithels, nahmen sodann allmählich mehr und mehr Chlorcalciumteile in sich auf (durch Diffusion von aufsen nach innen) und wurden dadurch zu einem selbständig wirkenden Herde der Wasseranziehung. Die Oberflächenwirkung ist also zu definieren als der Effekt von Chlorcalciumteilen in der Hornschicht, die Tiefenwirkung als der Effekt derselben Teilchen in der Stachelschicht und damit dem Anfang der Lymphbahnen. Gewifs gibt es nun noch eine stärkere Wirkung des Chlorcalciums, charakterisiert durch das Eindringen desselben in die blutgefäfshaltige Cutis. Wir kennen die Effekte eines Eindringens der Mutterlauge bis zu dieser Tiefe in dem dann durch Quellung erzeugten Ödem, welches zuweilen selbst zur Thrombose und Nekrose führt. Derartige maximale Leistungen der Mutterlauge dürften wohl nur ausnahmsweise in Frage kommen (Lupus?).

Alle diese drei genannten Stufen der Wirkung werden selbstverständlich auf gesunder Haut so gut erzeugt wie auf erkrankter; aber auf ersterer natürlich weit langsamer.[7] Selbst die dicksten, trockenen psoriatischen Schuppenhügel setzen dem Eindringen der Mutterlauge einen geringeren Widerstand entgegen als die normale gut eingefettete Oberhaut.

Aus den geschilderten Verhältnissen wird hervorgehen, dafs der ganze Wirkungsprozefs der Mutterlauge als ein im wesentlichen physikalischer aufgefafst werden mufs; ob auch noch rein chemische Vorgänge eine Rolle dabei mitspielen, ist zur Zeit

[7] s. Unna l. c. pag. 7.

sehr schwer zu eruieren, durch weitere Untersuchungen würde festzustellen sein, ob und welche chemischen Prozesse etwa durch die Gegenwart der normaliter an und in der Haut vorhandenen Elemente und Verbindungen, wie O, CO_2, NH_3, H_2O_2, Albuminate, Fettsäure, Kochsalz durch die Anwesenheit der Salze, wie Chlorcalcium, Jod- und Bromkalium etc. ausgelöst werden.

Dasselbe physikalisch wirkende Salz der Mutterlauge hat, wie gezeigt, eine fundamental verschiedene Wirkung, je nachdem es, an die Oberfläche der Haut gebannt, dem unmittelbar darunter liegendem Stratum Wasser entzieht oder, in die Hautschichten eingetreten, diese übermäfsig wasserhaltig macht. Je mehr wir also durch Chlorcalcium auszutrocknen beabsichtigen, desto mehr müssen wir es vor Resorption bewahren, je mehr wir durch dasselbe Mittel die Haut aufquellen wollen, desto ergiebiger mufs es resorbiert werden.

Nach diesen Beobachtungen und Erörterungen über die physiologische Wirkung der Mutterlauge mufste ein Kontrollversuch die Richtigkeit der Deduktionen bestätigen.

Wie Unna gezeigt hat, wird durch Einfetten der Haut der normale zentrifugale Sekretionsstrom in derselben gehemmt, dadurch aber die Resorption der Medikamente verstärkt und die zweitstärkste Wirkung derselben bedingt.

Es wurden daher Mutterlaugensalben, Adeps, Vaselin, Adeps benz. mit 20 %, Lanolin mit 30 %, in Anwendung gezogen und dazu wiederum ein Fall von universeller Psoriasis ausersehen.

Anna B., 21 Jahre alt, sonst gesund, hatte ein Recidiv von allgemeiner Psoriasis; besonders an den Extremitäten fanden sich ziemlich erhabene und verdickte Plaques; am übrigen Körper zeigten sich flachere Effloreszenzen mit geringeren Schuppenauflagerungen; die Psoriasisherde waren im allgemeinen in regelloser und unsymmetrischer Weise über die Haut zerstreut, die subjektiven Symptome gering, nur an einzelnen Stellen der Arme war es infolge der Sprödigkeit der Haut zu leicht schmerzhaften Rhagadenbildungen gekommen.

Hier wurde die rechte obere Extremität mit Mutterlaugensalben, der übrige Körper mit den üblichen Chrysarobin- und Pyrogallolsalben behandelt. Es war zu erwarten, dafs der Effekt

sich langsamer entwickeln würde; so kam es denn auch erst im Verlaufe von vier Tagen zu einer deutlichen Abflachung der Effloreszenzen ohne Hyperämie oder sonstige entzündliche Erscheinungen, von dieser Zeit an aber entwickelte sich bei Fortgebrauch der Salben allmählich eine stärkere Imbibition der oberflächlichen Epithellagen, der Papillarkörper trat mehr hervor, die gesamte Haut nahm einen mehr sukkulenten Charakter an, die obersten Hornschichtlamellen stiefsen sich ab, und leichtes Brennen gesellte sich hinzu; während die übrigen Psoriasiseruptionen unter Chrysarobintherapie wesentlich abgeblafst und abgeflacht waren, blieb das papulöse Exanthem am rechten Arme auffallend zurück; auch hier führte die nun eingeleitete übliche Behandlung rasche Heilung herbei, wie an den übrigen Stellen.

Auch dieser Fall ergibt die Oberflächen- und Tiefenwirkung je nach dem Ort, wo sich die Mutterlauge resp. das Calciumchlorid befindet; die Wirkung mufs, wo es auf eine Abflachung der Psoriasisherde ankommt, überhaupt immer eine Oberflächenwirkung sein, nur dann werden die bekannten und erprobten Medikamente ihre Wirksamkeit bewähren. Eine Tiefenwirkung bei Psoriasis würde nur indiziert sein, wenn man eine Provokation derselben beabsichtigte resp. die in der Tiefe etwa schlummernden Pilzsporen zur Entwickelung bringen wollte, um dann um so energischer mit den sonst bekannten dermatotherapeutischen Methoden einzugreifen. Ob dieses Verfahren rationell ist, mufs erst eine ad hoc angestellte Untersuchung ergeben.

Am auffälligsten hätte sich nun die Mutterlauge bei einer andren in Kreuznach mit dem gröfsten Vorteil behandelten und in geradezu spezifischer Weise beeinflufsten Affektion bewähren müssen, bei Skrofulose (Tuberkulose) und deren Manifestationen.

Gelegenheit dazu bot ein charakteristischer Fall von Skrofulose.

Bertha S., 10 Jahre, von gracilem Bau, zarter Haut mit durchscheinendem Venennetz, mangelhaftem panniculus adiposus, litt seit Jahren an chronischen Hautausschlägen und Drüsenschwellungen. Die untere Gesichtspartie, insbesondere um die Eingänge der Mund- und Nasenhöhlen bis zum rechten Kieferwinkel, war bedeckt mit dicken Krusten, nach deren Entfernung

eine rote, nässende, aber noch von der untersten gequollenen Hornschicht versehene Fläche bloſs lag; Cutis und subkutanes Gewebe waren gedunsen, wenig empfindlich; Jucken war nicht vorhanden; hinter dem rechten Unterkieferwinkel fand sich ein stark intumesziertes Drüsenpaket von weicher Konsistenz und schmerzlos, auch links waren die Unterkieferdrüsen indolent, doch in geringerem Grade geschwellt; die Oberlippe war stark verdickt; aus der Nase wurde kopiöses Sekret entleert; rechts bestand leichte, durch Ekzem des äuſseren Gehörgangs bedingte Otorrhöe, ferner war phlyktänuläre Keratitis und Conjunctivitis beiderseits vorhanden; eine Lungenaffektion fehlte, in der Familie fand sich bisher keine Tuberkulose.

Die erythematöse und ödematöse Beschaffenheit der affizierten Haut, der Mangel von Bläschen und Jucken, die Gruppierung um die Schleimhauteingänge, die Abundanz des Sekretes und die auffällig starke Intumeszenz der Drüsen lieſsen trotz der fehlenden Heredität keinen Zweifel, daſs es sich hier um das typische Bild des Ekzema tuberculosum (Unna) handelte.

Während der gröſste Teil des Ekzems mit HgO-ZnO-Salbenmull behandelt wurde, erhielt die restierende Partie eine 20 %ige Mutterlaugensalbe; die Wirkung war in beiden Fällen eine ganz charakteristische und den gehegten Erwartungen entsprechend; die mit ersterem Präparat bedeckten Stellen zeigten eine rasche Besserung, die andre affizierte Partie aber verwandelte sich nach vorübergehender Eintrocknung im Verlaufe von 48 Stunden in eine hyperämische, stark sezernierende und schmerzhafte Fläche.

Es lag auch hier demnach eine günstige, aber nur vorübergehende Oberflächenwirkung vor, dann aber machte sich schnell die Tiefenwirkung geltend, welche um so rapider erfolgen muſste, als das fettige Vehikel den zentrifugalen Sekretionsstrom hemmte, und das Fehlen der obersten Hornschichten eine stärkere Resorption des Chlorcalciums etc. begünstigte.

Behandlung der gesamten ekzematösen Fläche mit dem erprobten Salbenmull führte schnell völlige Heilung des Ekzems herbei.

Zur Eliminierung der zu starken Tiefenwirkung schien es angezeigt, die Mutterlauge in einer Form anzuwenden, welche

die drittstärkste Wirkung unsrer endermatischen Methoden repräsentiert, in der der Pasten.

Es war vorauszusehen, dafs die Mutterlauge in Pastenform einen günstigen Effekt auf tieferliegende, intumeszierte Drüsen und Infiltrate ausüben würde, insofern einerseits die zentrifugale Sekretionsströmung befördert und damit den tieferliegenden Geweben Wasser entzogen, anderseits auch die Verdunstung von der Hautoberfläche nicht beeinträchtigt werden konnte.

Zur Feststellung dieses Verhaltens eignete sich besonders eine intakte Hautfläche mit darunter befindlichen Drüsentumoren, Verhältnisse, wie sie der eben beschriebene Fall von Skrofulose in prägnanter Weise darbot.

Die beiderseitigen Drüsenpakete wurden vergleichsweise wieder different behandelt, und zwar wurde rechts ein 10 %iger Ichthyolfirnis, links eine 20 %ige Mutterlaugenpaste appliziert.

Der Erfolg war bei letzterer ein überraschend günstiger; denn während sich auf der rechten Seite nur geringe Verkleinerung manifestierte, nahmen die linksseitigen Drüsenpakete schon innerhalb von vier Tagen bedeutend an Umfang ab und näherten sich der Norm, so dafs dieses Resultat geradezu frappierte.

Unsern theoretischen Raisonnements gemäfs war nun von einer ferneren Anwendung der Paste der entgegengesetzte Effekt zu erwarten. Und in der That hatten die Drüsen nach weiteren drei Tagen nicht nur ihren früheren Umfang wieder erreicht, sondern übertrafen sogar die rechtsseitigen an Zirkumferenz; auch trat leichte Schmerzhaftigkeit in denselben auf. Nach Anwendung des Ichthyolfirnis erfolgte auch hier wie rechts, doch etwas langsamer, fast völlige Involvierung der Intumeszenzen. Wie diese Exacerbation zu stande kam, ist nach obigem leicht verständlich. So lange der Chlorcalciumgehalt der Paste die obersten Hornschichten nicht überschritt, trat eine bedeutende Vermehrung des zentrifugalen Sekretionsstromes zutage, welche sich durch Abschwellung der subkutan gelegenen Drüsen geltend machte; sowie dagegen das Chlorcalcium beim Fortgebrauch der Paste in die Lymphbahnen geriet und, wenn auch nur in kleinen Quantitäten, direkt von den Drüsen aufgenommen wurde, war eine Anschwellung der letzteren die natürliche Folge.

Dieser Versuch lehrt in eklatanter Weise, auf welche Momente es bei der notorisch günstigen Wirkung der Kreuznacher Solbäder bei skrofulösen resp. tuberkulösen Prozessen ankommt, sowie dafs auch hier wie überhaupt in der Therapie, besonders der Dermatotherapie. nicht das Mittel an sich, sondern die rationelle Methode bei Verwendung desselben den entscheidenden Faktor bildet.

Nachdem hinsichtlich des Effekts der Mutterlauge eine möglichst klare Einsicht in Ursache und Wirkung gewonnen war, lag es in unserem Interesse, ihre Indikationen an einer weiteren Reihe von Fällen zu erproben. Der folgende zur Behandlung gelangende Fall betraf ein typisches Ekzema pruriginosum (Unna).

Herr J., 28 Jahre, ist von schlankem Körperbau, das Fettgewebe sehr mangelhaft entwickelt, die Haut dünn, derb, ziemlich schwer in Falten aufhebbar, gespannt und trocken; am ganzen Körper, namentlich auf der Brust und an den Streckseiten der Extremitäten, besteht ein sehr quälender Juckreiz; symmetrisch verteilt, an den Armen der Radialseite folgend, an den Schenkeln mehr nach innen und vorn, finden sich derb infiltrierte, mit dicken Hornschichten bedeckte, mit zahlreichen, harten Papeln besäte ekzematöse Herde; auch an der Vorlarfläche beider Hände ist die Hornschicht stark verdickt und bietet schmerzhafte Rhagaden dar. Patient leidet seit seiner Kindheit an häufig recidivierendem Bronchialasthma mit Katarrh und Schwellung der Nasen- und Bronchialschleimhaut.

Wiederholte Kuren, namentlich Teerkuren, hatten auf das anscheinend hereditäre Leiden nur vorübergehenden Erfolg.

Die auf einer Anomalie der Hautstruktur beruhende Affektion bot einen günstigen Angriffspunkt bezüglich der Anwendung der Mutterlauge.

Was zunächst das keratoide Ekzem der Hände betrifft, so war zu erwarten, dafs durch die maximale Wirkungsweise der Mutterlauge ein günstiger Effekt erzielt würde; wir verwandten daher eine Lösung von Glycerin und Mutterlauge āā part. aequal. in Form von Umschlägen mit impermeabler Bedeckung.

Schon innerhalb weniger Tage trat allmählich eine Ablösung

der oberflächlichen Hornschichten ein, die infiltrierte und verhärtete Cutis wurde erweicht, die Rhagaden heilten, die gesamte Haut war weicher und geschmeidiger geworden.

Dieselbe Lösung ebenso angewendet auf beiden Handgelenken rief eine Verschlimmerung der Affektion hervor, indem die Papeln anschwollen und stark zu jucken begannen. Deshalb wurde versuchsweise die Applikation der Mutterlauge zuerst in Form eines Leimes, der im allgemeinen schwächsten Form ihrer Anwendung, verordnet; eine Zinkgelatine mit 20 % Lauge, täglich 1 mal aufgestrichen, bewirkte sehr schnell völlige Beseitigung des Juckreizes, Abflachung des papulösen Ekzems und geringe Sukkulenz sowie Geschmeidigkeit der Haut.

Da aber diese Wirkung des Leimes sich in der Folge als ungenügend erwies, so verstärkten wir dieselbe durch Anwendung der Mutterlauge in Form einer Paste:

Rp. *Zinc. oxyd.*
Terr. silic. ää 50,0
Vaselin. 150,0
Mutterlauge 250,0
M. f. Past. moll.

nun ging die Infiltration der ekzematösen Stellen noch mehr als unter dem Leim zurück.

Um nun nach diesen Vorversuchen dem Patienten ein allen Indikationen genügendes Medikament zu verordnen, wurde jetzt die Wirkung des $CaCl_2$ direkt mit dem schon immer für das pruriginöse Ekzem bewährt gefundenen Teer kombiniert und und zwar in der am meisten bewährten Pastenform:

Rp. *Ungt. zinc.* 20,0
Terr. silic.
Ol. cadin. ää 5,0
Aq. dest. 10,0
Calcii chlorat. 2,0

Unter der Anwendung dieser Paste verschwanden die letzten und hartnäckigsten Reste des Ekzems. Das Bronchialasthma und die Schwellung der Nasenschleimhaut waren unter innerem Ichthyolgebrauch und schwachen kochsalz- und ichthyolhaltigen Nasendouchen in befriedigender Weise zurückgegangen. Die Heilung dieses sehr leicht zu Recidiven geneigten Übels ist seit-

n Nachrichten zufolge in diesem Fall persistent geblieben. ist die eben genannte Formel seitdem auf der UNNAschen k zur Beseitigung torpider, alter verruköser und pruriginöser ne stets mit günstigem Erfolge verwendet worden. Der z von $CaCl_2$ ersetzt darin etwa die doppelte Quantität nacher Mutterlauge.

Die erweichende Eigenschaft, welche die Mutterlauge in rem Falle namentlich hinsichtlich des keratoiden Ekzems Hände bewährt hatte, leitete von selbst auf ihre Indikation nem mit bedeutender Verdickung der oberflächlichen Horn- ten einhergehenden Fall von Ichthyosis.

Herr W., 20 Jahre alt, von sonst gesunder Konstitution, kräftigem Körperbau, sowie von einer gewissen, in manchen von Ichthyosis von UNNA beobachteten geistigen Be- ktheit, bot das charakteristische Bild der Ichthyosis ix dar. Am ganzen Körper, sehr wenig im Gesicht, tlich aber an den oberen Extremitäten war die Hornschicht radig verdickt; die Hautfurchen waren stark verbreitert vertieft, die Schuppenmenge besonders an den Streckseiten Extremitäten war bedeutend, die Haut sehr trocken, an Stellen mit dicken Stacheln, Hügeln und Platten von rünlicher Farbe bedeckt.

Die Affektion bestand seit der frühesten Kindheit, hatte sich erst vom 15. Jahre an allmählich zu dem vorhandenen Grade ausgebildet; Erblichkeit war nicht nachzuweisen.

Der Fall wurde zuerst mit den üblichen Präparaten be- lt, derart, dafs die linke Körperhälfte mit einer 10%igen efel-, die rechte mit einer 5%igen Resorcinpaste eingerieben , welch letztere in eine 10%ige umgewandelt wurde, als echte Hälfte gegen die linke zurückblieb; stets jedoch war it Schwefel behandelte Seite der andren voraus. Nachdem wesentliche Besserung erzielt war, wurde eine 10%ige efelsalbe mit 10% Mutterlaugenzusatz appliziert. Diese , welche ein starkes Eindringen des Chlorcalcium in die aut garantierte, wurde vom Patienten nicht nur andauernd vertragen, sondern war demselben auch wegen ihrer Eigen- t als wasserhaltige Kühlsalbe sehr angenehm; sie hatte

ferner einen sichtlich günstigen Effekt auf die allzu grobe Oberhautfelderung. Diese Salbe wurde später durch eine Paste von folgender Zusammensetzung ersetzt

Unguent. sulfurat. (10 %) 500,0
Terr. silic.
Mutterlauge aa 100,0

welche der Patient auch nach seiner Heilung und Entlassung mit grofsem Nutzen noch fortgebraucht, um die Haut geschmeidig zu erhalten und eine Wiederansammlung von Hornmassen zu verhüten.

Wie bei dieser auf einer excessiven Verdickung der Hornschicht beruhenden Dermatose die Mutterlauge gute Dienste geleistet hatte, so vorteilhaft sollte dieselbe sich auch in einem Fall erweisen, in welchem nach einem langdauernden impetiginösen Ekzem unbekannten Ursprungs eine bedeutende Infiltration der Cutis zurückgeblieben war.

Herr B., 40 Jahre, Landwirt, litt seit circa 1 Jahr an einem hartnäckigen Ekzem des Gesichts und der Hände; die Affektion trat zuerst auf der Stirn in Form von eiterigen Pusteln auf, verbreitete sich nach und nach über das ganze Gesicht und ging später auch auf die Handrücken über; weder auf dem behaarten Kopf, noch sonst an unbedeckten Stellen des Körpers zeigten sich ekzemartige oder seborrhoische Eruptionen. Bei der Aufnahme des Patienten zeigten sich im Gesicht und Handrücken dicke, graue Borken; nach Entfernung derselben erschien eine teilweise mit eiterigem Sekret bedeckte ekzematöse Fläche, die Cutis war diffus geschwellt, der Papillarkörper stark verrukös verdickt, so dafs das ganze Gesicht mit Einschlufs der Ohren eine monströse Schwellung darbot; dabei bestand unerträgliches Jucken. Die Augenlider waren durch die diffuse Schwellung schwer beweglich und öffneten sich nur zu einer engen Spalte. Da dieses Ekzem auf Gesicht und Handrücken beschränkt und offenbar durch Witterungseinflüsse verstärkt war, andre Ursachen (z. B. eine seborrhoische Affektion) aber nicht nachgewiesen werden konnten, so blieb der Ursprung und die weitere Klassifikation dieses Ekzems unklar.

Nach einer oberflächlichen Abheilung der Pusteln unter

ZnO-S-Karbolsalbenmull wurde die enorm warzige Verdickung des Papillarkörpers durch die oben angeführte Teerchlorcalciumpaste mit bestem Erfolge in Angriff genommen, so dafs eine fast völlige Restitutio ad integrum im Laufe von 3 Wochen erfolgte.

Aus diesen pharmakologischen Experimenten und klinischen Erfahrungen wird ersichtlich geworden sein, dafs wir in der Kreuznacher Mutterlauge und in dem darin hauptsächlich enthaltenen Chlorcalcium ein höchst wertvolles und für die Dermatotherapie speziell wichtiges Medikament besitzen; es wird ferner klar, dafs wir die günstige Wirkung der Kreuznacher Mineralbäder und ähnlicher chlorcalciumhaltiger Heilquellen wenigstens bei Hautkrankheiten nicht mehr auf unbekannte Ursachen oder undefinierbare Reize zurückzuführen haben, vielmehr dieselbe einem in bestimmter Weise wirkenden Agens zuschreiben müssen, welches den zentrifugalen Sekretionsstrom der Haut, sowie die endosmotischen und exosmotischen Vorgänge der Zellen energisch beeinflufst.

Diese physikalischen Prozesse können je nach dem Grade, den wir wünschen, genau reguliert werden, in welcher Form auch die Mutterlauge, in Bädern, Umschlägen, Salben, Pasten oder Leimen zur Verwendung kommt; und zwar unterscheiden wir am besten zwei Grade der Wirkungsweise, eine Oberflächen- und eine Tiefenwirkung. Demgemäfs sind auch die Indikationen aufzustellen:

Oberflächenwirkung (Erzielung von Trockenheit) indizeren: Erytheme, nässende Ekzeme, impetiginöse Affektionen, Psoriasis, tuberkulöse Drüsen;

Tiefenwirkung (Erzielung von Aufquellung, Erweichung, Verflüssigung): pruriginöse und keratoide Ekzeme, Ichthyosis, Sklerodermien, kurz alle mit starker Infiltration oder Verhärtung der Cutis einhergehenden Dermatosen.

Oberflächenwirkung erzielen wir durch kurzdauernde, mehr kühle Mineralbäder (bis 26° R.) ohne oder mit nur geringem Mutterlaugenzusatz, durch Mutterlaugenleime und -pasten mit wenig Fettzusatz; Tiefenwirkung durch wärmere Bäder (27—30°) von längerer Dauer mit stärkerem Mutterlaugenzusatz, durch Umschläge (unter impermeabler Bedeckung) mit reiner oder ver-

dünnter Mutterlauge, Mutterlaugensalben und -pasten mit stärkerem Fettzusatz. In ähnlicher Weise ist Chlorcalcium allein therapeutisch zu verwenden. Eine bestimmte Vorschrift über die Dauer und den Grad der Einwirkung läfst sich natürlich nicht geben, das ärztliche Handeln richtet sich hier wie sonst nach den individuellen Verhältnissen, nach der anatomischen, physiologischen und pathologischen Beschaffenheit der Haut. Selbstverständlich lassen sich unter Inanspruchnahme des von der heutigen Therapie verwandten Reichtums an wirksamen Mitteln und Formen die hier aufgestellten Regeln der Behandlung vielfach und zweckmäfsig modifizieren.

Die hier erörterten Gesichtspunkte erscheinen auch für die Balneotherapie andrer Affektionen, wie z. B. Uterinleiden, tuberkulöser Knochen- und Gelenkerkrankungen von Wert, gleichwohl behalten die auf die Nervenphysiologie basierten Theorien hinsichtlich der Form- und Allgemeinwirkung der Mineralbäder, insbesondere der Solquellen, ihre volle Geltung, da wir uns die Quellung der nervenendenreichen Stachelschicht ohne einen adäquaten Nervenreiz gar nicht vorstellen können.

Hamburg, Winter 1887—1888.

Referate.

Erythrophläïn.

1. L. Lewin. Über das Hayagift und das Erythrophlaeïn. Sitzg. der Berl. med. Gesellschaft v. 11. Jan. 1888. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 4.)
2. L. Lewin. Über Erythrophlaeïn. Sitzg. der Berl. med. Gesellschaft v. 25. Jan. 1888. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 6.)
3. Prof. Liebreich. Über die Wirkung der N-Cassa Rinde und des Erythrophlaeïns. Sitzg. der Berl. med. Gesellschaft vom 8. Febr. 1888. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 9.)
4. K. Koller. Erythrophlaeïn. (*Wien. med. Wochenschr.* No 6. 1888.)
5. F. Goldschmidt. Erythrophlaeïn als Anaestheticum. (*Centralbl. f. klin. Med.* No. 7. 1888.)
6. A. v. Reuss (Wien). Über die Wirkung des Erythrophlaeïns auf das menschliche Auge. (*Intern. klin. Rundschau.* No. 8. 1888.)
7. L. Königstein (Wien). Versuche mit Erythrophlaeïn. (*Intern. klin. Rundschau.* No. 8. 1888.)

WEEDY. Erythrophlaeine. (*The Lancet.* 4. Febr. 1888.)
. EPSTEIN. Beitrag zur Anwendung des Erythrophlaeins. (*Centralbl. klin. Med.* No. 9. 1888.)
APOSI. Erythrophlaeïn, das neue Anaestheticum. (*Wien. med. Wochenschr.* o. 9. 3. März. 1888.)
iskussion in der Berl. med. Gesellschaft vom 29. Febr. 1888.
OEWENHARDT. *Zur praktischen Verwertung des Erythrophlaeïn.*
IEBREICH. *Haya und Erythrophlaeïn.*

EWIN [1] erhielt von CHRISTY in London ein Pfeilgift zur Unter-g. Er fand in dem Präparat kleine Rindenpartikelchen, deren Ähn-t mit Erythrophlaeumrinde ihn zu Versuchen mit dem Alkaloïd, ophläïn(hydrochlorat), bestimmten. Er benutzte wässerige Extrakte 25, 0,1 und 0,05 % Lösung am Auge. Die dadurch erzeugte Anäs-trat später ein, hielt aber länger — 8 bis 10 Stunden — an, als bei . Bei Hunden, Katzen, Kaninchen, Meerschweinchen tritt, wie beim ft, ohne Veränderung der Pupille und ohne wesentliche Reizung bei Injektion von stärkeren Lösungen), Anästhesie der Cornea und ctiva ein, die bis zu 2 Tagen anhält.

Bei subkutaner Injektion stellt sich an der Injektionsstelle eine esie von unerhörter Intensität ein, so dafs man bei Meerschweinchen aut der betreffenden Stelle durchschneiden, sogar die Muskulatur auf Schusterpfriemen spiefsen kann, ohne Schmerzensäufserung von seiten eres. Frösche, denen das Extrakt injiziert wurde, zeigen Verlang-g der Herzaktion und Lähmung der Extremitäten; bei Kaninchen die Atmung nach einiger Zeit arythmisch, zunächst sehr frequent, bgesetzt, später verlangsamt dyspnoïsch. Die übrigen Symptome vermehrte Speichelabsonderung, Krämpfe und meist Abnahme der lität der Körperoberfläche.

2]. L. bestätigt in einer späteren Mitteilung die früheren Resultate gt, dafs er sich die gegenteiligen Ergebnisse andrer Forscher (be-in bezug auf die Frage, ob Pupillenerweiterung eintritt oder nicht) rklären könne.

IEBREICH [3]. Eine scharfe Kritik und zum Teil sehr persönliche k gegen LEWINS Arbeit und Befunde.

unächt glaubt L., dafs es sich um zufällige Beimengungen von Ery-laeumrinde zu einem von der Naja Haya (Schlange) gewonnenen ft handele, dafs L. mit einem organischen und nicht mit einem pflanz-Gift experimentiert habe. Er unterzieht dann die Befunde LEWINS Kritik, die LEWIN z. Tl. falsche Beobachtung, z. Tl. falsche Deutung ft und besser im Originale einzusehen ist. Die eignen experimen-Befunde LIEBREICHS, sehr zahlreich, lassen sich dahin zusammenfassen: njektionen gehören zu den schmerzenden und reizenden; selbst bei onen von ½ mg zeigt sich diese Erscheinung, bei 5 mg, am Ober-

schenkel eingespritzt, tritt ein hyperalgischer Zustand ein, bei 7,5 mg ein wogender Schmerz, auf welchen nach 4 Stunden Ruhe folgt und eine Anästhesie eines Umkreises von weniger als 1 cm Durchmesser, um welchen herum sich eine weniger empfindliche Stelle herausfinden läfst. Es bietet sich das Bild, welches scharfe Stoffe zeigen, die nach einer Art schmerzhafter Ätzung eine empfindungslose Stelle zurücklassen — aber als lokales Anästhetikum kann man das Erythrophläïn nicht empfehlen.

Die Versuche am Auge ergaben: Reizerscheinungen seitens der Conjunctiva, Anästhesie der Cornea. „Die Dauer der Anästhesie schien mir von untergeordneter Bedeutung, da bei Tieren die Verätzung und Vereiterung der Cornea — anders kann man es nicht ausdrücken — die notwendige Folge einer zu langen Anästhesie sein dürfte."

In einer Nachschrift sagt L., er habe von Prof. Robert Koch das Gift der Brillenschlange Naja-Haya erhalten. Dieses wirkliche Hayagift zeigt die lokale Anästhesie des Auges und diejenigen physiologischen Erscheinungen, welche von dem Gift, das Lewin erhielt, angegeben worden sind. —

Koller [4] hat an Hunden und am eignen Auge Versuche angestellt. Bei Hunden wandte er eine 0,25 % Lösung an. 2 Tropfen derselben bewirkten offenbar Schmerz (die Tiere wollten das Auge mit der Pfote wischen). Die Augen bleiben krampfhaft geschlossen, Conjunctiva ist gerötet, Ciliarinjektion. Nach ½ Stunde war die Reizung vorüber und die Cornea gegen Stiche unempfindlich. Am folgenden Tage: Augen geschlossen, Conjunctiva stark geschwellt und gerötet, Limbus corneae aufgeworfen und Kornealtrübung, die 72 Stunden anhielt. An sich selbst prüfte K. eine 0,125 % Lösung. Zunächst trat heftiges Brennen, Injektion der Conjunctiva und Thränen auf; der Schmerz strahlte allmählich in die ganze Gesichtshälfte aus. Nach 20 Minuten erreichten die Erscheinungen ihren Höhepunkt, schwanden erst nach 35—40 Minuten. Die Cornea war für Berührung mehrere Stunden unempfindlich. 1½ Stunden nach Beginn des Versuches wurde das Sehen trübe, es legte sich wie ein leichter Nebel vor die Gegenstände; die Trübung nahm gegen Abend zu, so dafs mittelgrofser Druck nicht mehr unterschieden werden konnte (dabei Erscheinungen wie beim Glaukomanfall). Die Trübung war erst nach 2 Tagen vollständig geschwunden.

Goldschmidt [5]. Das Präparat wurde von Weigle in Nürnberg bezogen. G. experimentierte zunächst bei Kaninchen mit einer Lösung von 0,1 %; dieselbe bewirkte nach 10—15 Minuten vollständige Anästhesie der Bindehaut und Hornhaut, die 3—4 Stunden anhielt, aber selbst nach 12 Stunden war die Empfindung noch herabgesetzt. Die Cornea konnte ohne Schmerzensäufserung durchschnitten werden, das Fassen der Iris war aber noch schmerzhaft.

Am Menschen fand G. die „ganz vorzügliche anästhesierende Wirkung des Erythrophläïns bestätigt." Ein Tropfen der 0,1 % Lösung bewirkte

ch 15 Minuten vollständige Anästhesie der Conjunctiva und Cornea; aufser chter konjunktivaler Reizung waren keine unangenehmen Nebenerscheingen zu beobachten.

G. meint, Erythrophläïn habe vor Kokaïn stets da den Vorzug, wo n nur Anästhesie erzeugen wolle, da die störende Einwirkung des kaïns auf die Pupille, Gefäfsfüllung, Akkommodation und intraokularer uck wegfallen.

G. erreichte mit einer 1 % Lösung keine Anästhesie der Mund- und chenschleimhaut.

Reuss [6] hat mit einem von Merck bezogenen Präparate Versuche gestellt, die nicht ermutigend ausfielen. Er sagt: „Die bisherigen Versuche rten mich also, dafs Erythrophläïn (d. h. das von R. benutzte Präparat) allen Fällen die Empfindlichkeit der normalen menschlichen Cornea absetzte, bei verschiedenen Individuen in verschiedenem Grade, dafs erzielte Anästhesie nie so komplet war, wie nach Kokaïn, aber viel ger andauerte, als bei letzterem Mittel; dafs schwache Lösungen, 0,05—25 % einmal eingeträufelt, keine Beschwerden erzeugen, aber allerdings ch meist keine ausreichende Herabsetzung der Sensibilität, während ederholte Einträufelungen der letzteren, sowie einmalige Einträufelung er 1/4 % Lösung stets mehr oder weniger starke Schmerzen und regelfsig eine länger dauernde, aber spurlos verschwindende Trübung der rnhaut hervorruft.“ (Die Augen waren gereizt, thränten; Conjunctiva, lbus waren gerötet, Ciliarinjektion mäfsigen Grades trat ein; in einem lle war das Epithel der Cornea in Form eines Bläschens abgehoben.) —

Königstein [7] teilt 3 Reihen von Versuchen an Kaninchen, gesunden d einem kranken Menschen mit. Er verwandte ein von Lewin begenes Präparat. 1/20 % Lösung bei Kaninchen bewirkte nach 12 Stunn lebhafte Conjunctivitis, schwache Trübung der Cornea, enge Pupille, perämie der Iris. Bei gesunden Menschen vermag diese Lösung nach Minuten keine vollständige Anästhesie zu erzeugen; dagegen traten die vähnten Reizerscheinungen und Schmerzen ein, die 24 Stunden bestanden. i einem Patienten mit Erosion der Cornea wurde eine 1/10 % Lösung ngeträufelt: Der Patient schrie vor Schmerz. K. schliefst: Das Erythrophlaeïnum hydrochloricum wird in der Okulistik keine Verndung finden.

Epstein [9] machte mit einem Präparat von Weigle an sich selbst rsuche. Er injizierte sich subkutan eine Lösung von 0,05 %, 0,2 %, 1 % und %, Injektionsstelle war die Beugeseite des linken Vorderarms. Die wächeren Lösungen waren ganz wirkungslos, die 1- und 2 % Lösung zten zwar in kleinem Umkreise die Anästhesie herab, aber von einer irkung, die einen Vergleich mit Kokaïn zuliefse, kann keine Rede sein. ch 1—2 Stunden entwickelten sich aber an der Injektionsstelle sehr ftige Schmerzen. E. verwandte dann noch Sublimatchlornatriumlösungen t Kokaïn auf der einen und Erythrophläïn auf der andren Seite. Es

zeigte sich, dafs der Schmerz entweder gar nicht oder wenig gemildert, nach einigen Stunden aber sehr lebhaft wurde, so dafs die durch das Mittel hervorgerufenen Schmerzen ärger und länger dauernd waren, als die, welche es beseitigen sollte. — E. weifs den Widerspruch zwischen seinen Versuchen und denen Lewins nicht zu erklären.

Tweedy [8] kam zu Resultaten, die denen Lewins widersprechen. Zunächst machte er Versuche mit 0,5% Lösung; dieselben verursachten heftige Schmerzen und Ciliarinjektion, die 6—48 Stunden anhielt. Bei 0,25% Reizbarkeit ohne Anästhesie. Der sofortige Effekt auch bei schwächeren Lösungen ist Schmerz, der heftiger ist, als bei Einträufelung schwacher Höllenstein- und Karbollösungen. Das Sehvermögen ist durch viele Stunden stark getrübt, so dafs alles wie in einen Nebel gehüllt und das künstliche Licht mit einem ringförmigen, rote Strahlen aussendenden Halo umgeben erscheint. — T. meint, es sei in den gegenwärtig im Handel befindlichen Präparaten mehr als ein aktives Agens enthalten, wodurch die widersprechenden Versuchsergebnisse erklärt würden.

T. sagt, Prof. Collins am Moorfield Augenhospital habe wesentlich dieselben Resultate erhalten.

Lewin sandte eine Erwiderung an den *Lancet*, in der er T. vorwirft ein unreines Präparat gehabt zu haben.

Kaposi [10] verwendete (bei Patienten) von Merck bezogenes Erythrophlaeïnum muriaticum. Als Resultat seiner Versuche ergab sich: Das Erythrophläïn erzeugt beim Menschen in subkutaner Einverleibung lokale Anästhesie. Die hierzu erforderliche Dosis schwankte zwischen 0,0025 bis 0,01 und 0,02 g.

Die Anästhesie tritt erst nach 15 Minuten ein, Abstumpfung der Empfindung bisweilen schon nach wenigen Minuten. Beide dauerten ein bis drei Stunden. Die Anästhesie betraf nur eine kleinste, mittlere Zone einer Injektionsarea. Die grofse Randarea war parästhetisch und zeigte auch mitunter anästhetische und parästhetische Punkte in unregelmäfsiger Untermischung.

Die Analgesie war oft vollständiger, als die Anästhesie, indem die Tastempfindung fast nie ganz aufgehoben schien.

Örtliche Reizerscheinungen traten schon bei den kleinsten Dosen auf, etwa bei 2,5 mg, stets aber bei 0,01 und 0,02 g. Dieselben bestanden in der Empfindung von Brennen im Injektionsfelde und in über die weiteste Umgebung ausstrahlenden heftigsten Schmerzen und dauerten viele Stunden, auch ein bis zwei Tage. Objektiv erschienen die Symptome der Reizung, die sich als Rötung, Schwellung und Temperaturerhöhung an der Injektionsarea und in quaddelartiger Erhebung äufsern.

Allgemeine Vergiftungserscheinungen stellten sich nach 15 Minuten bis 1 Stunde ein nach einer Dosis von 2 cg. Sie bestanden in Schwindel, Pupillenerweiterung, Schwäche und Verlangsamung der Herzaktion und des Pulses, Beschleunigung und Flachheit des Atmens; in Ekel und Erbrechen,

welche Erscheinungen mehrere bis viele Stunden anhielten. — Nach diesen Erfahrungen kann gegenwärtig das Erythrophläïn nicht zu praktischen Zwecken als Lokalanästhetikum empfohlen werden. Ja wir müssen sogar wegen des lokalen Reizes und der allgemeinen toxischen Wirkungen desselben und in anbetracht der engen Grenzen, innerhalb welcher die toxische und lokal anästhesierende Wirkung sich bewegt (0,02—0,01—0,005), vor dessen Anwendung in der Praxis warnen; womit jedoch die Hoffnung nicht aufgegeben werden soll, dafs es weiteren Versuchen gelingen werde, dieses zweifellos wirksame Agens durch Elimination seiner schädlichen Eigenschaften für die Therapie verwendbar zu machen.

[11.] Berliner med. Gesellschaft 29. Febr. 1888. Diskussion über die praktische Verwendbarkeit der Erythrophläïnanästhesie. P. Guttmann wandte Erythrophläïn subkutan (1:1000—1:2000) an; bei 22 Versuchen trat stets eine länger dauernde schmerzstillende Wirkung ein, die bei Dosen von $^1/_2$, 1, $1^1/_2$, 2 mg 6 bis 8 Stunden anhielt; unangenehme Nebenerscheinungen traten nicht ein, das Brennen war unerheblich. Auf granulierende Wunden applizierte G. zunächst 1 mg, in Zeit von $^1/_2$ Stunde trat Anästhesie aber nicht ein, sondern erst nach Applizierung von 2 mg. — Bei subkutaner Anwendung spricht man besser von Analgesie, als von Anästhesie.

G. Guttmann hat Erythrophläïn am Auge versucht. Er tröpfelte einem Patienten mit Fremdkörper im Auge zwei Tropfen einer Lösung von 0,2% ein. Es trat nach $^1/_4$ Stunde Anästhesie ein, und die Entfernung des Fremdkörpers gelang. Verband. Am andern Tage Kornealtrübung und hochgradige Reizerscheinungen. Patient wurde in die Klinik aufgenommen; nach 8 Tagen war noch Anästhesie in der Mitte der Cornea zu konstatieren; nach 8 bis 10 Tagen gelang es erst, die Cornea zu lichten, aber noch am 14. Tage war im Corneazentrum deutliche Anästhesie wahrnehmbar. G. glaubt, dafs das Erythrophläïn wegen der kolossalen Reizerscheinungen nicht in die Ophthalmologie eingeführt werden kann.

Liebreich sagt, man müsse bei Lewins falsch gedeuteten Tierversuchen sagen, es handele sich nicht um ein lokales Anästhetikum, sondern um ein lokales Kaustikum.

Karewski ist überzeugt, dafs namentlich bei Neuralgien von dem Mittel Gutes zu erwarten ist; bei Operationen hält er es für ungeeignet.

Loewenhardt [12] verwendete $^1/_2$ bis 1% Lösung von E. hydrochloricum. Kaninchen vertrugen subkutan bis 3 mg, bei höheren Dosen trat der Tod ein; es wurden klonische Krämpfe, bei Hunden Erbrechen und kolossale Muskelschwäche beobachtet; am Kaninchenohr trat an der Injektionsstelle eine zu wirklich tieferer Nekrose führende Ätzwirkung hervor. — Bei der Operation einer Phimose liefs sich wirkliche Anästhesie gar nicht beobachten, überhaupt innerhalb einer halben Stunde bei niemandem feststellen; der Effekt war stets: Quaddelbildung, leichte Rötung, Klagen über Brennen, leichter Grad von verringerter Sensibilität. — Zur Fort

setzung ermutigende Erfolge wurden bei Anwendung dieses Präparates nicht erzielt.

Liebreich [13] gibt weitere kritische Bemerkungen zu den von Lewin mitgeteilten chemischen Reaktionen und einige Mitteilungen über die Schlangenarten, von denen das Hayagift gewonnen wird.

Hamburg. von Düring.

Lepra in den Ostseeprovinzen.

I. *Ein Beitrag zur Kenntnis der Lepra in den Ostseeprovinzen Rufslands,* von Friedr. Paulson. Inauguraldissertation. Dorpat, C. Krüger. 1886. ca. 120 Seiten in 8°.

II. *Ein Beitrag zur Casuistik der Lepra in den Ostseeprovinzen Rufslands, speciell Kurlands,* von Dr. O. Chomse in Mitau. Mitau, Victor Felsko. 1887. 121 Seiten in 8°.

I. In seiner ungewöhnlich reichhaltigen und interessanten Doktordissertation gibt Verf. einen kurzen historischen Überblick über die Verbreitung der Lepra in den Ostseeprovinzen und schildert dann das Ergebnis seiner Lokalerhebungen in der Umgebung von Riga. Er fand in dem gewählten, ziemlich eng begrenzten Bezirke 37 Fälle von Lepra. 11 der Kranken gehörten der Stadt Riga an, davon waren 2 Eingewanderte; von den übrigen 26 waren 5 Eingewanderte, aber, ebenso wie die erst erwähnten, erst nach ihrer Einwanderung erkrankt. (Fälle von auswärts acquirierter Lepra wurden nicht berücksichtigt.)

Von den Patienten waren 22 verheiratet; nur eine Ehe war kinderlos geblieben. Alle Kinder waren gesund geboren; auch die Grofskinder wurden, soweit die Untersuchung stattfand, gesund befunden. Von den Geschlechtern war das weibliche 24 mal, das männliche 13 mal vertreten. Der knotigen Form gehörten 18 Weiber, 3 Männer an; der anästhetischen 3 Weiber, 2 Männer; der gemischten Form 4 Weiber, 7 Männer. Vor dem 20. Jahre kamen 4 Erkrankungen vor, im 12. 17. und 18. Jahr (der 4. Fall unbestimmbar). Auf das 3. Dezennium kamen 12, auf das vierte 2, auf das fünfte 10, auf das sechste 3 Fälle; 3 mal begann die Krankheit nach dem 60. Jahre und 3 mal war der Beginn unbestimmbar.

Aus dem Kapitel „Ätiologische Verhältnisse" führe ich nur an, dafs Verf. auf Grund seines Materials zur Annahme einer Kontagion hinneigt; doch scheint ihm eine gewisse Prädisposition nötig. (Die Fälle mehrfacher Erkrankung in einer Familie liefsen sich nicht zur Stütze der Vererbungstheorie verwenden, für die auch sonst keine Beweise gefunden wurden.) Verf. befürwortet daher auch die Einrichtung von Leproserien.

Das nächste Kapitel: „Verlauf der Krankheit" bietet wenig Neues. Auffällig mufs es erscheinen, dafs die so häufigen Ulcerationen der Nasenschleimhaut nur 3 mal gefunden wurden.

Aus dem eingehenden Abschnitte: „Histologische Untersuchungen", erwähne ich, dafs auch P. in der erhabenen Randzone der Flecke bei reiner Lepra anaesthetica keine Bacillen nachweisen konnte. In einem Falle fanden sich in den Lymphdrüsen, welche aus der Leiche entnommen waren, Kokken und kurze Stäbchen, welche beim Ehrlichschen Verfahren die Kontrastfarbe annahmen. Zur Prüfung der Frage, ob dieselben vielleicht von den Ulcerationen stammten, wurden die frisch exstirpierten Lymphdrüsen eines andren Falles von ulceröser Lepra untersucht, allein mit negativem Erfolge. [Ref. fand in den verdickten Leistenlymphdrüsen eines Falles von Lepra anaesthetica mit Ulcerationen neben zweifellosen Leprabacillen nach Gram färbbare Kettenkokken in einzelnen Haufen, welche wohl zweifellos vor dem Tode von den Geschwüren aus eingewandert waren, obwohl sie sich vielleicht noch postmortal vermehrt hatten.] Für die Interpretation der zahlreichen histologischen Befunde, wozu das Material teils durch Autopsie, teils durch Exstirpation am Lebenden gewonnen wurde, mufs auf das Original verwiesen werden.

Den Schlufs der Arbeit bildet eine Übersicht der behandelten Fälle.

II. Ch. gibt in seiner Arbeit 30 Krankengeschichten von Leprösen, welche seit 1868 teils in der Privatpraxis (7), teils im Spitale des kurländischen Collegii beobachtet wurden. In 9 Fällen kam es zum exitus lethalis; doch konnte nur 2 mal die Sektion gemacht werden. Mikroskopische Untersuchungen wurden nicht vorgenommen; Verf. beabsichtigt überhaupt nur, eine Darstellung des klinischen Verlaufes zu geben, wie sie durch die länger dauernden und wiederholten Beobachtungen ermöglicht wird. In diesem Sinne hat auch die vorliegende Mitteilung entschiedenen Wert, wiewohl die Lektüre wegen der Gleichförmigkeit des Gegenstandes etwas ermüdend wirken mufs.

Aus den epikritischen Bemerkungen entnehme ich, dafs von den 30 Patienten 22 männlichen, 8 weiblichen Geschlechts waren. Der Beginn der Erkrankung fiel auf: 12—20 Jahre 6, 21—30 Jahre 10, 31—40 Jahre 2, 41—50 Jahre 5, 51—60 Jahre 4, 61—70 Jahre 3 mal. Der Nationalität nach waren es: Letten 18, Ebräer 9, Esthen, Russen, Litthauer je 1 Fall; der Geburt nach stammten aus Kurland 25, Litthauen 3, Livland 2 Kranke. Die gröfste Zahl der Erkrankungen war im Doblenschen Kreise, dem dichtest bevölkerten Kurlands, entstanden. Auch Ch. konnte in seinem Materiale keine Stütze für die Vererbung finden, aber eben so wenig zwingende Beweise für die Kontagion. Für die Frequenz und Reihenfolge der einzelnen Symptome mufs auf das Original verwiesen werden. —

Es kann kaum angezweifelt werden, dafs sowohl Chomsen, der auf mikroskopische Bestätigung seiner Befunde verzichtete, wie Paulson, der sie in den meisten Fällen geliefert hat, es durchwegs mit echten Leprafällen zu thun hatten. Ref. vermifst nur die Fälle von beginnender, durch wenige Symptome sich äufsernder Lepra, wie sie sonst in den infizierten Gebieten

häufig gefunden werden. Es scheint daher wahrscheinlich, dafs mit den mitgeteilten die Leprafälle der betreffenden Gegenden nicht einmal vollständig erschöpft sind; aber sollte dies auch der Fall sein, so wäre die Häufigkeit der Krankheit auch so eine genügende, um die Aufmerksamkeit wachzurufen und uns in den Ostseeprovinzen noch heute einen, wenn auch nicht sehr intensiven, so doch wohl ausgesprochenen Lepraherd erblicken zu lassen.

Saõ Paulo. A. Lutz.

Sur la lèpre, par Ernest Besnier. Paris, G. Masson. 1887. 64 pag. in 8°.

Die vorliegende Arbeit wurde in der Académie de médecine (Sitzung vom 11. Oktober 1887) vorgetragen und knüpft an eine frühere Diskussion (1885) desselben Gegenstandes, sowie an die grofse Monographie von Leloir an. Sie beschäftigt sich mit folgenden Punkten, welche den einzelnen Kapiteln zu Grunde liegen: Natur — Entstehungsweise — Übertragbarkeit — Art und Weise der Ausbreitung und Übertragung der Lepra, und berücksichtigt in eingehender Weise die neuere, namentlich auch die deutsche Litteratur.

Im ersten Kapitel bespricht B. den Leprabacillus und seine Lokalisation in den Flüssigkeiten und Geweben des Körpers. Während derselbe im Blute in der Regel fehlt (versch. Autoren), ist die Lymphe bestimmter Organe vorzugsweise Kulturflüssigkeit. Im Urin und in den Sekreten der weiblichen Geschlechtsorgane fehlen die Bacillen, dagegen finden sie sich massenhaft in den Thränen, im Nasensekret und der Mundflüssigkeit, sowie (nach Arning) in den Darmexkreten, wenn die entsprechenden Organe leprös erkrankt sind. B. glaubt, dafs sie infolge der häufigen und frühzeitigen Hodenerkrankungen auch im Sperma gefunden werden müssen. Die pathologischen Flüssigkeiten des Pemphigus und der leprösen Ulceration können nach ihm ebenfalls Bacillen in wechselnder Menge enthalten, wenn sie direkt infolge der Bacillenansiedelung entstehen. Vermifst werden dieselben in den erythematösen, sowie in den blasigen Effloreszenzen, welche von Nervenerkrankungen abhängen. In Beziehung auf die Vaccinelymphe spricht sich B. entschieden in dem Sinne aus, dafs dieselbe Bacillen enthalte und deswegen gefährlich sei; wenn dies auch nur (nach Arning) bei der Knotenlepra nachgewiesen sei, so müsse man doch auch die andern Fälle für verdächtig halten und sich daher in den Lepraländern nur der animalen Lymphe bedienen.

Von den Geweben bleibt die Epidermis bekanntlich frei, ebenso die Drüsen der Haut [nicht aber die Haarbälge, wie B. irrtümlich angibt]. Von den Schleimhäuten werden die offenliegenden mucosae des Auges, der Nase, des Mundes, Rachen und Kehlkopfs von massenhaften Bacillen in-

ert, in den Fällen, wo auch die Haut ergriffen ist. Dagegen bleiben, des Verschluckens von Bacillen, die visceralen Schleimhäute frei mit ahme des Colon und Rectum.

In und um die Kapillaren finden sich häufig Bacillenhaufen, während en Lymphgefäfsen und Drüsen der eigentliche konstante Sitz der Ba- ist.

Im Zentralnervensystem sind bisher keine Bacillen gefunden worden t dies seither geschehen Ref.]; dagegen finden sie sich in den Nerven- gen und den terminalen Verästelungen, wie verschiedene Autoren ge- haben. Wie diese Erkrankungen im einzelnen Fall zustande kommen, t noch zu untersuchen.

Unter den Eingeweiden erkranken die Lunge, Leber, Milz, der Darm- und die Hoden.

Es steht also fest, dafs die Lepra eine bacilläre Krankheit ist, deren oorganismen spezifisch konstant und in bestimmten Organen lokali- sind.

Die Frage nach der Entstehungsweise der Lepra ist eine der wichtig- und dringlichsten für die gegenwärtige Wissenschaft. Durch die Ent- elung der Kolonialpolitik und den immer steigenden internationalen ehr hat sie in Frankreich ein besonderes Interesse erhalten. Es gibt n Dermatologen in Paris, welcher nicht unter seinen ständigen Pa- en Lepröse hätte und aufserdem alljährlich mehrere Fälle in der ambu- n Praxis sähe.

Jedes Jahr bringen Soldaten, Matrosen, Kaufleute, Ordensschwestern w. die Krankheit vom Auslande nach Paris, und im Hôpital Saint- finden sich immer solche Kranke. B. zählt aus neuester Zeit mehrere von auswärts acquirierter Lepra auf, nämlich aus Cayenne, Mada- r, Valencia, Rio de Janeiro (zwei Fälle), Port-au-Prince, Buenos-Ayres, ria, welche die verschiedenen Formen repräsentieren. Nach allem, bisher gesagt ist, kann der Lepra nur eine Entstehung zugeschrieben en; sie stammt vom Leprösen, wie die Syphilis vom Syphilitischen. all kann der Aussätzige diejenigen anstecken, welche mit ihm zu- nen wohnen, und unter gewissen hygieinischen und sozialen Bedingungen Aussatz in jedes Land verschleppen. Wenn auch Einflüsse des Klimas, Gegenden und der Klasse existieren, welche das Angehen des leprösen es begünstigen, so gibt es doch weder Rassen, noch Individuen, noch nden von absoluter Immunität. Wenn ein Land von Leprösen befreit seien sie nun abgeschlossen, weggereist oder gestorben, so hat die r ein Ende; dagegen ist jeder, welcher sich in ein Land begibt, wo eiche Lepröse wohnen — auch ohne Umgang mit anerkannt Kranken Gefahr, die Krankheit selbst in kürzester Zeit zu acquirieren.

In Lepraländern finden sich unter den Kranken, innerhalb und aufser- der Leproserien, die verschiedenen Nationalitäten gewöhnlich in ähn- n Verhältnissen vertreten, wie unter den Gesunden. Die Krankheit

folgt aber auch den Bewegungen der Völker, wie man aus ihrer Geschicht erkennt. Noch heute, während in Skandinavien die Krankheit langsa abnimmt, bestehen im Süden und Osten von Europa Lepraherde, welch teils aus alter Zeit herrühren, teils durch neuen Import wieder angefach sind; ein grofser Teil der überseeischen Länder unterhält thatsächlich Lepraherde, während Asien, wie von jeher, als eine unerschöpfliche Krank heitsquelle gelten kann.

Die Lepra ist also nicht, wie viele Ärzte glauben, eine historisch Krankheit ohne Bedeutung für die Gegenwart, vielmehr ist die Kenntni ihrer Verbreitung und Übertragungsweise von Wichtigkeit und allgemeine Interesse.

Der Versuch, die Lepra auf äufsere Bedingungen zurückzuführen, we ein näherer Umgang mit bereits Erkrankten nicht nachzuweisen war, datie schon aus früherer Zeit, aber seit der Entdeckung des Leprabacillus ha die Frage eine neue Gestalt angenommen, weil sich dieser Bacillus vie leicht in Wasser, Luft oder Boden, oder endlich in einem der Nahrungs mittel aufhalten könnte; die letzteren würden dann nicht durch ihre eigen liche Natur, sondern durch ihren Bacillengehalt schädlich werden. Es wär daher ein Studium von höchster Wichtigkeit, die Bacillen unter solche Verhältnissen aufzusuchen, und B. wundert sich, dafs aufser Arning, de nur zu negativen Resultaten kam, kein andrer dies versucht hat. [De Grund, warum solche aussichtslose Studien nicht unternommen wurde liegt nahe genug; durch bloſse mikroskopische Untersuchungen können be den nötigen, starken Vergröfserungen nur so kleine Proben geprüft werde dafs blofs ein nicht zu erwartender Glücksfall den Nachweis der, jedenfall in solchen Medien nur selten in infektionstüchtigem Zustande vorhandene Organismen ermöglichen könnte. Wäre aber auch der mikroskopische Nach weis geliefert, so bliebe ein solcher Befund wertlos, so lange nicht durch sichere Kultur- oder Impfmethoden der Nachweis der Lebens- und Ver mehrungsfähigkeit erbracht werden könnte Ref.]

Was die Gefahr der Berührung mit Leprösen anbetrifft, so ist sie bi zur neueren Zeit nie bestritten worden; aber im Anfange des Jahrhundert wurde dieser Glaube, teils durch theoretische Anschauungen, teils durc Facta, die in entgegengesetztem Sinne sprachen, erschüttert und so di Verbreitung der antikontagionistischen Anschauungen, welche durch Virchow Autorität noch besonders gestützt wurden, verbreitet. Während diese An sichten überall Boden gewannen und sich, wie B. meint, mit der Ge schwindigkeit, die grofsen Irrtümern eigen ist, ausbreiteten, sah ma gegen die Mitte des Jahrhunderts deutlich unter dem Einflusse des Verkehr ganz neue oder wenigstens kräftig aufflackernde Herde entstehen und rasch um sich greifen.

Von dieser Zeit beginnt eine immer zunehmende Reaktion, deren Ursprung, von dreifsig Jahren her datierend, vor die Periode der mikro parasitären Anschauungen fällt und diesen also nicht zugeschrieben werden

Sie entsprang besonders unter dem Einflusse der Beobachtungen, auf Madagaskar und den Sandwichsinseln und in mehreren Ländern, einen Zuzug von Einwanderern aus Lepraländern (z. B. Norwegen, erhielten, gemacht wurden. B. sucht nun an verschiedenen Bei- zu beweisen, dafs die Zahl der Kontagionisten, resp. derer, welche, ich offen zu dieser Anschauung zu bekennen, doch in ihren An- ngen und Ratschlägen bis zu einem gewissen Grade auf dem Prinzipe ntagiosität basieren, nachgerade eine überwältigende geworden sei, ht dann zu den strikten Beweisen für die Ansteckung über. Von ngeführten Beispielen soll nur eins hier angeführt werden; die [welche übrigens nach der Ansicht des Ref. die direkte Kontagion beweisen] müssen im Originale oder in Leloirs Werke nachgelesen Der schon 1885 von Vidal angeführte Fall ist folgender: 1872 Dr. Hawtrey Benson (*Dublin journal med. sc.* Juni 1877) der medi- n Gesellschaft von Dublin einen Irländer, welcher während eines gen Aufenthaltes in Indien Lepra acquiriert hatte. Sein Bruder, , mit Ausnahme einer vor 46 Jahren gemachten Reise nach Eng- land nicht verlassen hatte, teilte während $1^1/_2$ Jahren mit ihm das d trug seine Kleider. Auch dieser wurde leprös und als solcher n Gesellschaft vorgestellt (in der Familie gab es früher keinen Fall pra, auch ist die Krankheit seit mehreren Jahrhunderten von den en Inseln verschwunden).

wendet sich dann zu den Einwänden gegen die Ansteckungtheorie, er unter die folgenden fünf Punkte bringt.

Die Lepra läfst sich nicht auf Tiere verimpfen.

Die Verimpfungen auf den Menschen sind resultatlos geblieben.

Von Ehegatten bleibt häufig, trotz jahrelangen Zusammenlebens, der eine Teil gesund, während der andre leprös ist.

Die Ärzte, Krankenwärter u. s. w. werden von den verpflegten Leprösen nicht angesteckt.

Lepröse, welche nach grofsen Bevölkerungszentren kommen, z. B. nach Paris, speziell nach dem Hôpital Saint-Louis, haben weder die Lepra übertragen, noch neue Herde derselben geschaffen.

m ersten Punkt bemerkt B., dafs das Faktum wohl richtig ist, sich raus erklärt, dafs auch spontan bei Tieren keine Lepra beobachtet Übrigens ist auch die Syphilis im selben Fall.

m zweiten Punkt gibt B. zu, dafs die bisherigen, beabsichtigten gen auf den Menschen, so auch die bekannte von Arning, resultat- lieben sind. Dagegen glaubt B., es sei zu befürchten, dafs die e Beobachtung bald in der Lage sein werde, durch allzu sichere die Verimpfbarkeit der Lepra darzulegen. Zur Stütze dieser An- führt er eine Geschichte an, welche von Dr. Gairdner, Prof. in v, mitgeteilt wird und welche die Übertragung durch Impfung be- soll. [Da aber, wie B. selbst sagt, nicht erwiesen ist, dafs der

Stammimpfling wirklich leprös war, möchte Ref. keine weitgehend Schlüsse aus dieser Beobachtung ziehen. Jedenfalls fehlt es in ande Lepraländern, speziell in Brasilien, an jedem Beweis für die Übertragu durch Vaccination. Die Einführung animaler Lymphe stöfst daselbst a grofse Schwierigkeiten, da sie, trotz der besten Bezugsquellen, fast ste wirkungslos war, während die Pockengefahr oft eine sehr drohende i Da aber zur Vaccination höchstens Fälle von latenter Lepra komm dürften, so wäre es wirklich merkwürdig, wenn hier die Übertragung g lingen sollte, während sie bei manifesten Erscheinungen umsonst versuc wurde. Ref.]

Zum dritten Einwand bemerkt B., dafs derselbe richtig sei und ga besonders dazu beigetragen habe, die Meinung, dafs Lepra nicht anstech auszubreiten. Übrigens gilt dasselbe von der Tuberkulose, was nach genügt, um dem Einwand seine absolute Beweiskraft zu nehmen. Endli sei auch diese Immunität keineswegs konstant, sondern es existieren neue Beobachtungen von Ansteckung unter Ehegatten. Schon Vidal habe solc vorgebracht, und Leloir bringe selbst drei neue Beobachtungen, die beweisend seien, dafs sie allein genügen würden, um die Ansteckungsfähi keit der Lepra sicher zu stellen.

Auf den vierten Punkt entgegnet B., dafs dafs leider durch entgege gesetzte Beobachtungen, z. B. an barmherzigen Schwestern, sowie an eine Mönch, der sich der Pflege der Leprösen widmete und dabei selbst e krankte, sowie durch die Existenz zahlreicher lepröser Ärzte eine Di kussion überflüssig geworden sei. [Alle diese Fälle beweisen doch wo nur, dafs man in Lepragegenden die Krankheit acquirieren kann. Re B. führt auch an, dafs 9—10% der Angestellten der Leproserie in Molok leprös würden [? Ref.], und dafs bei der letzten statistischen Aufnahme i April 1884 von 943 Aussätzigen 52, welche in verschiedener Weise daselb beschäftigt waren, die Krankheit erst nach dem Eintritt ins Hospit acquiriert hatten. Es ist freilich richtig, dafs für die Lepra, wie für vie andre Krankheiten, die Gefahr der Übertragung auf Ärzte und War personal unter gewöhnlichen Bedingungen eine geringe ist; es gilt di aber nicht nur für die Tuberkulose, sondern selbst für die Syphilis, w dies die Erfahrungen in den grofsen Spezialspitälern von Paris zeige Man braucht sich daher — und es dient dies auch als Antwort auf de fünften Einwand — nicht zu wundern, dafs wenige Lepröse, in einem grofse Spitale oder in einer grofsen Stadt zerstreut, ihre Krankheit, deren a schreckender Anblick nicht zu länger dauernder Berührung einladet[1], nic

[1] Anmerkung der Redaktion. Die vom Lande nach der Sta Bergen gebrachten und frei aus- und eingehenden, durchaus nicht g miedenen Leprösen haben dort nie zu weiterer Ausbreitung der Krankhe geführt. Die Ungefährlichkeit der Leprösen in leprafreie Orten erscheint doch recht wunderbar unter der Annahme direkte Übertragbarkeit des Leprabacillus. Diese Ungefährlichkeit, sowie das Mif

et haben. Die Kranken, welche in Familien, in Privatspitälern, in
en Orden und in Spitälern selbst verpflegt werden, haben allerdings
der wie B. meint, richtiger gesagt, noch nicht zu einer Ausbreitung
nkheit geführt. B. schreibt dies den günstigen, hygieinischen Be-
en zu, welche daselbst herrschen, fürchtet aber ein andres Resultat,
nter Ignorierung der Ansteckungsgefahr, die Kranken sich über das
and zerstreuen könnten

rf. bespricht nun noch die Frage der Erblichkeit, welche nach ihm
ngenügend studiert ist, obgleich die Sache längst als Faktum be-
wird. Die Häufigkeit der Thatsache, dafs Kinder Lepröser öfters
en, wie andre, ist entschieden übertrieben worden, und man hat
gnügt, einen Aussätzigen in der Familie zu konstatieren, um einen
hr zu gunsten der Heredität zu notieren; aber selbst unter dieser,
gs richtigen Voraussetzung fehlt jeder Beweis für die Vererbung
als der Hälfte der Fälle. Zählt man nur die Kinder, welche von
Eltern abstammen, so findet man die Mehrzahl derselben frei. B.
ich dafür auf die Erfahrungen in Molokai, wo gegen 60 Kinder
Eltern in der Leproserie existierten, ohne Spuren der Krankheit
n [ob freilich die Vaterschaft den, sonst so häufig sterilen, Leprösen
mit Recht zugeschrieben wurde, erscheint nach dem Urteil Ein-
r sehr zweifelhaft zu sein. Ref.] B. beruft sich ferner auf die
des Referenten und Zambacos, welche fanden, dafs nur in einem
Bruchteile der Fälle die Erblichkeit eine Rolle spielt.

fragt sich, ob bei Berücksichtigung der gröfseren Häufigkeit der
ei den Kindern Aussätziger die Ernährung durch eine lepröse
und das nahe Zusammenwohnen mit den erkrankten Eltern, vom
r Geburt an, nicht mitangeschlagen werden mufs, wenn man die
it oft erst nach vielen Jahren entstehen sieht. Jedenfalls hat B.
nach einem Fall gesucht, wo ein gesund geborenes Kind von
, gleich nach der Geburt von der Mutter und von seinem Vater-
tfernt, später leprös geworden ist. Im allgemeinen haben sich die
denen Autoren umsonst nach Leprösen umgesehen, bei denen die
it in den ersten Lebensjahren auftrat. B. sucht nun eine Analogie
Syphilis herzustellen, indem er, auf einige Angaben gestützt, an-
dafs Frauen von Leprösen infizierte Kinder gebären können, ohne
entliche Zeichen der Krankheit zu zeigen, dafs die letzteren aber
ine solche latente „Leprisation" vor einer späteren Ansteckung
t seien. [Diese Übertragung des Collesschen Gesetzes auf die
ill mir keineswegs hinreichend begründet erscheinen. Ref.] Zambaco

---

der künstlichen Impfung lassen sich nur erklären durch die An-
dafs der Leprabacillus nur indirekt übertragbar ist, dafs wir das
nglied (Zwischenwirt, aufsermenschliche Reifung) nicht kennen, dafs
hes aber in Lepragegenden vorhanden, in leprafreien Gegenden nicht
en ist.

glaubt gesehen zu haben, dafs oft Kinder von Leprösen in einem Zustande der Lebensfähigkeit, wie er bei Syphilis vorkommt, geboren werden, hat aber nie eigentliche Zeichen von Lepra an demselben gesehen. [Weder mir, noch andern, erfahrenen, hiesigen Kollegen sind derartige Fälle bekannt geworden. Ref.]

B. glaubt demgemäfs an eine Vererbung, welche aber nicht notwendig eintritt. Wo sie stattfindet, besteht sie in der kongenitalen Übertragung des, von der Aufsenwelt stammenden, parasitären Keimes, also eigentlich in einer besonderen Form der Ansteckung, in der Heredokontagion.[2]

São Paulo. A. Lutz.

Ein Fall „zu kurzer Haut" (diffuse Sklerodermie) mit tödlichem Verlauf, von Dr. Krevet in Mühlhausen i. Th. (*Dtsch. Archiv für klin. Medizin.*)

Die Erkrankung wird im mitgeteilten Falle auf eine Erkältung drei Jahre vor Aufnahme des folgenden Status zurückgeführt. Patient ist Wirt, 38 Jahr alt. Das Leiden begann mit Ziehen und Spannen in den Gliedern, die für Rheumatismus gehalten und behandelt wurden. Die Unbeholfenheit des Patienten nahm stetig zu. Als K. ihn sah, wegen heftigen Nasenblutens gerufen, war der Zustand folgender: Mittelgrofser Mann, schlank gebaut, mäfsig fleischig, von schmutzig fahlem Aussehen. Seine gesamte Körperoberfläche bietet einen eigentümlichen Zustand dar. Die Haut scheint überall zu kurz zu sein, sie ist bretthart, gespannt, läfst sich weder in Falten aufheben, noch hinterläfst der Fingerdruck auf ihr eine Delle. Nur an wenigen Stellen, wie in der Mitte der Stirn oder in der Ellenbogenbucht bei starker Beugung lassen sich kleine, dünne Falten erfassen. Die Haut ist trocken, mattglänzend und fühlt sich an wie ein gefrorener Leichnam (Thirial). Der Gesichtsausdruck ist starr, ohne Mienenspiel, die Augenlider können geschlossen werden, die Nase ist spitz, ihre Flügel gespreizt, der Mund für zwei Finger breit zu öffnen, Zunge und weicher Gaumen sind beweglich. Der Kopf kann nur schwer und langsam ein wenig gedreht und gebeugt werden; es ist als wenn der Patient in einem engen Halseisen steckt. Die Muskeln, besonders an der Vorderseite des Halses, sind unter der dünnen angelöteten Haut als harte Stränge fühlbar, das Kauen und Schlingen ist beschwerlich, es tritt leicht Verschlucken ein. Die Sprache ist monoton, mit nasalem Beiklang. Der Rumpf ist von der

---

[2] Anmerkung der Redaktion. Der erste, unanfechtbare Fall kongenitaler Leprose mufs noch erst publiziert werden, ehe die hereditäre Übertragung eines Leprakeimes anzunehmen ist. Bei der Häufigkeit der Hodenleprose hat dieselbe nichts Unwahrscheinliches, erscheint uns aber immer noch nicht bewiesen.

nschliefsenden Haut rings vollständig fest umklammert, wie vom emd der Fabel. Kostales wie abdominales Atmen ist erschwert; ht kurzer Husten, mit Ausgabe von zähem Schleim und dement- nd Rhonchi auf der Brust, Druck in der gespannten Magengegend; und Ejakulation aufgehoben; die Gliedmafsen, Arme mehr als ind auch von der Krankheit befallen. Er führt die Hand langsam nde, der Gang ist schlürfend; Streckung im Knie möglich, in den en nicht vollständig möglich; die Hände stecken wie in zu engen uhen (Fuchs). Sensibilität der Haut normal, Sekretion der Haut- ermindert. — Das Nasenbluten wiederholte sich häufig, das Heraus- n des zähen Schleims wurde schwieriger und so ging Patient, ohne zu Hypostase gekommen wäre, zu Grunde.

ider wurde Sektion und mikroskopische Untersuchung der Haut emacht. Verf. geht auf den verschiedenen Verlauf in den mitge- älle näher ein und betont, dafs eine derartige Neigung zu Blutungen so verhältnismäfsig rasch tödlicher Verlauf im allgemeinen nicht oen seien. Die Krankheit hatte ihren Sitz in der Cutis vera; die is war weder pigmentiert, noch ulceriert, das Fett im Unterhaut- be geschwunden, die oberflächlichen Muskeln bildeten an einzelnen arte Stränge. —

egen der Seltenheit derartiger Beobachtungen hielten wir es für sen, den recht anschaulichen Status ziemlich in extenso wieder-

amburg. VON DÜRING.

---

itrag zum Studium des Myoedema, von C. Marent. (*Thèse de* 886.)

otz ihrer scheinbaren Unwichtigkeit lassen sich die Erscheinungen ödems doch sehr wohl für die Bedürfnisse der Klinik ausnutzen, Marent in vorliegender Arbeit beweist. Er schildert uns diese it, wie sie sich einerseits bei der Neuritis, der heilbaren spinalen g, der Pneumonie, Perikarditis, und verschiedenen andern entzünd- rankheiten verschlimmert, anderseits wieder bis zum gänzlichen inden nachläfst bei jenen Affektionen, die mit einer fortschreiten- ophie oder Lähmung der Muskulatur einhergehen (z. B. sclèrose essentielle Rindenlähmung, Ataxie u. s. w.). Es ist klar, dafs eine ung, die bei so verschiedenartigen Krankheiten so verschiedenartig besonders studiert sein mufs, um so mehr, als sie wichtige Auf- über den Zustand der Muskelfasern und der Ernährung der Ge- allgemeinen zu geben vermag.

s Oedema musculare kann auch in der forensischen Medizin von sein, z. B. wenn es sich darum handelt, genau den Augenblick les zu bestimmen; denn die fascikuläre oder longitudinale Kon-

traktion läfst ungefähr eine Stunde nach Eintritt des Todes nach, währen die noduläre oder das eigentliche Myooedema noch 3—6 Stunden a dauern kann.

Physiologisch läfst sich das Myooedema schwer erklären. Man h es bald der Muskelermüdung, bald einer reflektorischen Thätigkeit zug schrieben. Gubler nahm ein plötzliches Aufhören des Nerveneinflusse an, wodurch den Muskelbündeln vorübergehend Selbständigkeit verliehe wurde.

Indem der Verf. alle Bedenken aufzählt, die den einzelnen Theorie entgegenstehen, ist er selber geneigt, für bestimmte Fälle, und namentlic bei den Infektionskrankheiten, dem durch ein spezifisches Virus infizierte Blut einen hervorragenden Einfluſs zuzuschreiben. Dann würde das Oedem muscul. zu derselben Gruppe von Erscheinungen gehören, wie die Muske degenerationen, die bei jenen Erkrankungen beobachtet werden.

Lille. A. Tavernier.

Über die chronische Entzündung und die Fisteln der Glandul vulvovaginalis, von René Fauvel. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Die chronische Entzündung der Gland. vulvo-vaginalis bildet bei de öffentlichen Dirnen ein sehr häufiges Vorkommen; sie tritt gewöhnlich i Gefolge einer Blennorhoea vulvae auf.

Die Symptome sind manchmal sehr deutlich ausgesprochen (Fistel öffnung; Verhärtung des Fistelganges und der Drüse, Eiterung). Es kommen aber auch Fälle vor, wo sich die Symptome auf eine geringe Verhärtung der Drüse beschränken; sie ist nur ein wenig in ihrem Volumen vergröfsert und ein schwach getrübtes Sekret läfst sich aus dem Ausführungsgang herausdrücken.

Die Entzündung recidiviert häufig, selbst nach scheinbar vollständiger Heilung, im Anschluſs an die Menstruation oder den Coitus. — Sie bilde einen Infektionsherd, der oft schwer zu entdecken ist.

Es ist meistens sehr schwer, das Leiden ganz zu beseitigen. Am weitesten kommt man im Anfang mit Waschungen, Bädern, Einreibunge mit Ungt. Neapolit., später Einträufelungen von Tinct. Jodi. Lassen dies Mittel im Stich, so muſs man entweder mit dem Thermokauter gehörig ausbrennen, oder den Fistelgang und die Drüse spalten.

Die Entfernung der Drüse, die allein zu einer sichern und dauernde Heilung führt, kann mit ernsten Gefahren verbunden sein. Die Operation muſs, um nach oben den Bulbus vaginae und nach unten die Venae haemorrh. inf. zu schonen, mittels eines Schnittes ausgeführt werden, dessen Konkavität nach oben schaut, und der etwas einwärts von der Fistelöffnung verläuft, indem er von dem Sulcus ausgeht, welcher das Labium minus von den Karunkeln trennt. Der Schnitt kann auch noch dem aufsteigenden Ast des Sitzbeins folgen.

Lille. A. Tavernier.

eitrag zum Studium der akuten Cowperitis und Pericowperitis,
GRUSSIN. (*Thèse de Paris.* 1886.)

ei der akuten Entzündung der Glandd. bulbo-urethrales handelt es eistens mehr um eine Pericowperitis als Cowperitis. Gewöhnlich elehrt, dafs diese Erkrankung nur im Gefolge von Blennorhöe auf- Doch kommt sie auch bei vielen andern Zuständen vor. Sie hat was mehr zu bedeuten, als eine bloſse Komplikation; vielleicht kommt elbe Wichtigkeit zu, wie der Prostatitis.

e vermag eine reflektorische Kontraktur des hintern Teils der Harn- u bewirken. Dieser Umstand allein genügt schon zur Erklärung der n beobachteten Dysurie und Harnverhaltung, ohne dafs man nötig dafür etwa eine Cystitis oder Prostatitis verantwortlich zu machen. eiterung ist kein ungewöhnlicher Ausgang, bedeutet vielmehr einen en Verlauf.

Lille. A. TAVERNIER.

---

eitrag zum Studium des Favus der Haut und der Muskeln,
HENNOCQUE. (*Thèse de Paris.* 1886.)

ENNOCQUE bespricht eine persönliche Beobachtung von Hautfavus. den stellt sich verschieden dar, je nachdem der Favus seinen Sitz den Haaren oder auch in der Haut selber hat. Im letztern Fall die Knötchen so zahlreich sein, dafs sie zusammenschliefsend von mehreren Zentimetern Dicke bilden. — Die Zerstörungen können Stellen hinterlassen, welche mit syphilitischen Narben groſse Ähn- aufweisen.

er Favus kommt auch auf Schleimhäuten vor (Beobachtung von T), sei es, dafs sie unmittelbar oder indirekt mit der äufsern Luft hrung kommen.

ur Behandlung des Hautfavus empfiehlt H. den Holzessig, der sehr ch zu wirken scheint.

Lille. A. TAVERNIER.

---

ber eine besondere Ernährungsstörung der Haut bei Tabetikern,
PDERELLE. (*Thèse de Paris.* 1886.)

liefert weitere vier Beobachtungen zu dieser trophischen Störung, LELOIR in seiner Arbeit über die nervösen Hauterkrankungen (1881) eingehend gewürdigt ist. Später haben BALLET und DUTHIL über en Gegenstand geschrieben.

iese Störung besteht in einer gewissen Verdickung und Schlaffheit ut, mit mehr oder weniger dunkler Verfärbung und Abschuppung idermis. Die Haut löst sich dabei in förmlichen Schuppen (écailles) lich wie bei der Pityriasis und Ichthyosis vulgaris.

Die Krankheit kommt nur an Hautgegenden mit ausgesprochener Sensibilitätsstörung vor (lanzinierende Schmerzen — Ameisenkriechen — Hyperästhesie). Die Schweifsabsonderung hört an den abschilfernden Stellen gewöhnlich auf. Der Verlust der Nägel steht wahrscheinlich unter dem Einfluſs dieser Ernährungsstörung, wiewohl die langsame Entwickelung und der Verlauf ganz den chronischen Erkrankungen der Knochen entspricht.

Die pathologische Anatomie schuldet uns noch immer eine Aufklärung über den Zusammenhang dieser Dystrophie mit der Tabes.

Lille. A. Tavernier.

Beitrag zum Studium der Epulis, von A. Philippeau. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Seine Beobachtungen führen den Verfasser zu folgenden Schlüssen:

Die früheren Beobachter haben unter dem Namen Epulis verschiedene Tumoren beschrieben, die sich sowohl durch ihren anatomischen Bau, wie auch durch ihren klinischen Verlauf wesentlich voneinander unterscheiden.

Am häufigsten entwickelt sich am Alveolarrand der Kiefer ein Sarkom. Dieses Sarkom kann verschiedene Varietäten darbieten, wie myeloïdes Sarkom, Riesenzellensarkom.

Man thut gut, den Namen Epulis auf diejenigen sarkomatösen Geschwülste zu beschränken, die durch ihre Häufigkeit, ihre verhältnismäſsige Gefährlichkeit und ihre besonderen Symptome den ersten Rang unter den Erkrankungen des Zahnfleisches einnehmen.

Das Sarkom entwickelt sich meisens auf Kosten des Periosts und darf nicht mit dem Osteo-Sarkom verwechselt werden, welches im Kiefer selber entsteht.

Die Prognose der Epulis ist immer eine ernste, weil die Halsdrüsen leicht ergriffen werden, und auf diese Weise durch eine sarkomatöse Infektion des Körpers der Tod herbeigeführt werden kann.

Die einzige in Frage kommende Behandlung ist die möglichst vollständige Entfernung der Geschwulst.

Lille. A. Tavernier.

Über die arthritische Anlage. Sind die Lipome arthritischen Ursprungs? von C. Khröv. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Nach einer einleitenden Erörterung des Begriffs „Diathese“ kommt der Verfasser zur Besprechung der Geschichte der arthritischen Krankheiten und der darüber aufgestellten Doktrinen. Es folgt eine Darlegung der verschiedenen Arbeiten über diese Frage, und Verfasser endet schliefslich, unter Berufung auf Verneuil, mit der Ansicht, dafs die Lipome in

hat arthritischen Ursprungs seien, wobei er namentlich auf die Ver-schaft zwischen ihnen und der Fettsucht hinweist.

Die Abhandlung schliefst mit einer Aufzählung der verschiedenen, n Lipomen angewandten therapeutischen Mafsnahmen.

Lille. A. Tavernier.

Über Chrysarobin oder Chrysophansäure des Handels. Ein ag zum physiologischen und klinischen Studium dieses ls, von E. Godart. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Chrysophansäure ist nichts Andres als Chrysarobin, das sich sehr in erstere umsetzt, wenn man eine alkoholische Lösung derselben ft aussetzt. Man hat es vielfach bei Hautkrankheiten angewandt, hat sich namentlich bei Psoriasis wirksam erwiesen und hat nur nen Übelstand, dafs es regelmäfsig ein Erythem verursacht. — Dieses geringfügige Erythem ist als ein günstiges Zeichen zu betrachten; es aber auch bisweilen sehr heftig auftreten, Brennen und Schmerzen chen, und bildet dann eine Komplikation.

uf Schleimhäute mit alkalisch reagierenden Sekreten gebracht, e Chrysophansäure sofort heftigen Schmerz und lebhafte Anschwel-ervor.

nnerlich genommen erzeugt sie Präkordialangst, Übligkeit, Erbrechen urchfall. Unter die Haut gespritzt verursacht sie sehr heftige rzen; bisweilen kommt es auch zur Abszefsbildung.

Man hat behauptet, dafs die intravenösen Vergiftungen mit Chrysarobin os seien. Das ist aber ein Irrtum; es wirkt vielmehr in hohem giftig, und wenn es nicht so ernste Gefahren mit sich bringt wie llussäure, so liegt das daran, dafs es nur sehr schwer löslich ist. eranlassung von Gabriel Pouchet hat der Verfasser Versuche an- und gefunden, dafs, wenn man Chrysophansäure unter Bedingungen let, die ihre Resorption beschleunigen, alsdann sehr schnell äufserst volle Symptome auftreten, Symptome, die denen bei Pyrogallussäure-ung sehr ähnlich sind. Hat man von einer alkalischen Lösung der hlichen Chrysophansäure des Handels einem Hund pro kg seines gewichts 25—30 mm eingeführt, so stirbt das Tier nach 2—3 Stunden heftigen Reizerscheinungen abseiten des Darms (Erbrechen und Durch-es Herzens und der Lunge (Dyspnöe).

Chrysarobin ist besonders wirksam bei Personen, die leicht schwitzen; hingegen völlig wirkungslos bei solchen, deren Haut immer trocken der deren Schweifs stets sauer reagiert, wie bei Rheumatikern und chen. Chrysarobin darf innerlich nicht verabreicht werden, denn ein gefährliches Laxans und wirkt äufserst giftig.

Davon ausgehend, dafs Chrysarobin wirkt, indem es Sauerstoff ab-t und sich in Chrysophansäure verwandelt, hat Verfasser es durch

einen andren Körper, der ebenfalls grofse Affinität zum O hat, zu erse
gesucht, nämlich durch schwefligsaures Natron, und er hat auch wirk
mit diesem Mittel Heilung der Psoriasis erzielt, aber die Verwendung
selben ist wegen seiner nahen Verwandtschaft zum Sauerstoff für die P
durchaus unthunlich.

Lille. A. Tavernier.

(Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Österreich.

Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1888. Heft 1.

Leucopathia unguium, von Dr. Robert B. Morison in Baltin
(Mit 1 Tafel und 1 Abbildung.) Verf. teilt einen Fall mit von bedeute
auffälliger Leucopathia (Gift-spots, Flores unguium, Mendacia) bei
jungen Dame mit. Er hatte Gelegenheit, die mikroskopische Untersuc
solcher Stellen zu machen. Die Schnitte wurden vom nicht präpari
Nagel mit besonders scharfem Meifsel abgesprengt.

Im durchfallenden oder reflektierten Licht erschienen die L
dunkel, wie pigmentiert, im direkten Licht waren sie weifs, während
übrige Substanz dunkel war; sie finden sich nur in der mittleren Lage
Nagels. Essigsäure, Salpetersäure und Ätzkali machten die weifsen Li
in dem Grade verschwinden, als sie in der Nagelsubstanz fortschri
Kanadabalsam liefs sie ebenso verschwinden, wie er es in den Canaliculi
Zahnschliffen thut, indem er die Räume ausfüllt. Verf. zieht daraus
Schlufs, dafs die weifsen Stellen von Lufträumen in der Nagelsubstanz
kommen, ähnlich denen, wie wir sie so häufig bei grauen Haaren se
Verf. fragt: Was ist die Ursache ihrer Entstehung?

Zwei Fälle von extragenitaler Lokalisation des Primaraffek
von Dr. M. Krelling. (Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankh
von Dr. E. Lesser in Leipzig.) Die Arbeit enthält 2 ausführliche Kran
geschichten von der obenerwähnten Affektion, von denen besonders
zweite durch die anschliefsende Mitteilung einer Familiensyphilis seh
merkenswert ist; aufserdem ist ein sehr vollständiges Litteraturverzei
beigefügt. Die Fälle sind kurz folgende:

I. Primäraffekt am inneren rechten Augenwinkel, zehnpfennigs
grofse, runde Infiltration von knorpelharter Konsistenz, über welcher
Haut blaurot verfärbt ist. — Die regionären und weiteren Lymphdr
(auf der Parotis, Jugular-, Cervikal-, Submentaldrüsen) geschwollen;
guinaldrüsen wenig; Genitalien, Mund- und Rachenschleimhaut zeigen

e Integrität; dagegen an Rumpf und Extremitäten ausgebreitetes
-papulöses Syphilid. —
ie Art der Infektion blieb unaufgeklärt; spez. Therapie. (Recid.
te später.)

I. Sclerosis alae nasi. Dieser Fall ist sowohl durch den Sitz des affektes als durch die wahrscheinliche Infektion interessant. — Patientin Gesichtsrose; sie liefs sich dieselbe von einer weisen Frau in der Art ", dafs die Nase mit dem, vorher mit Speichel befeuchteten Daumen als bestrichen wurde; wahrscheinlich hatte diese Frau luetische Mund- nen, denn nach Abheilung des Erysipels blieb geringe Schwellung der Nasenhälfte und der anstofsenden Partie der Wange zurück, die all- n mehr und mehr zunahm. Nach einiger Zeit Sekundärsymptome, mit Patientin sich vorstellte. Der Status war: Untere Partie des rechten ügels bis etwas über die Mittellinie nach links geschwollen, gerötet, mit räunlichem Ton; die infiltrierten Teile von fast knorpelharter Konsistenz lceriert; Nasenschleimhaut intakt, aber etwas uneben und grau. Kiefer- rüsen rechts stark, links weniger geschwollen. Roseola über den ganzen am Nacken einige Papeln; an den Labien einige kleine nässende Inguinaldrüsen fast gar nicht geschwollen. — Im weiteren Verlauf durch 2 Aborte (zweiten Monat und fünften Monat) die Diagnose noch .

ieser Fall gab nun Gelegenheit zu einer Familienepidemie. Patientin e ihren mit ihr im Konkubinat lebenden Stiefvater und Stief- ster (Mädchen von 17 Jahren, Knabe von 14 Jahren [Sohn der Patien- d ein Mädchen von 21 Jahren).

uf die beim ersten Falle gegebenen näheren Ausführungen in bezug n Verlauf der Lokalaffektion und die Drüserschwellung möge man ginal einsehen.

eitrag zur Kenntnis der Myositis syphilitica, von Prof. J. Neumann, (Mit Tafel.) Durch mikroskopische Untersuchung hat Verf. fest- , dafs die intensiven Schmerzen im Rectum, die gewöhnlich in Form uskelkontraktionen selbst dann noch aufzutreten und anzudauern , wenn auch die infolge von Syphilis erkrankte Rektalschleimhaut e dieselbe begrenzenden Partien schon vollständig geheilt sind, auf s syphilitica des Sphincter ani externus beruhen.

ie Klinischen Symptome bestehen in hochgradigen Schmerzen, Te- während und nach der Defäkation, die noch länger, in intensiven Stunden und Tage lang mit grofser Heftigkeit andauern können. Schmerzen steigern sich bei Druck von aufsen und sind bei etwa denen Fissuren intensiver als bei den andern infolge von Syphilis ten Muskeln.

ie syphilitische Affektion des Sphinkter scheint häufiger, frühzeitiger ichtiger (weil die Schmerzen andauernder, intensiver und von be-

trächtlicher Funktionsstörung sind) zu sein, als die syphilitischen Affek
andrer Muskeln, auch des Biceps.

Bei Weibern wird die Affektion häufiger beobachtet, als bei Mä

Mikroskopisch fand sich an einem durch Sphinkterotomie gewor
Stück, dafs besonders die Blutgefäfse im Perimysinon von Granulation
umgeben, erweitert und geschlängelt sind. Die Kerne im Sarkolem
physiologisch nur vereinzelt, in der Längsrichtung der Muskelfaser s
sind bei dieser Affektion dicht gedrängt, reihenförmig, in Reihen vo
bis zwölf aneinander gelagert, wodurch die Muskelfibrillen selbst in
Substanz vermächtigt werden. Im weiteren Verlauf füllt sich das interst
Bindegewebe immer mehr mit Granulationszellen, die Muskelfasern
schmächtigen sich, und schliefslich ist die Muskelsubstanz durch
gewebe ersetzt. —

Zur Einleitung bringt Verf. eine Übersicht der Litteratur über
sitis syphilitica, die in gedrängter Kürze alles Wissenswerte enthält.

Die 6 mitgeteilten Krankengeschichten zeigen, dafs die besteh
Schmerzen, auch wenn anderweitige Symptome eines Recidivs fehlte
energische antisyphilitische Kur wichen. (2 Fälle von Sphinkterotomi

**Über Veränderungen der Vaginalschleimhaut von an chroni
Gonorrhöe leidenden Prostituierten,** von Dr. Oberländer, Kgl. P
arzt in Dresden. (Mit Tafel.) Erscheint Autoreferat.

**Über die subkutane Anwendung des Kalomel und des C
cinereum bei Syphilis,** von Dr. Max Bender, I. Assistenzarzt. (A
Universitätsklinik für Syphilis und Hautkrankheiten von Prof. Doutrel
in Bonn.) Die Arbeit enthält zunächst eine kurze Wiedergabe der m
(schon in den *Monatsh.* referierten) Arbeiten über das gleiche Thema

Verf. teilt dann zunächst die als günstig geschilderten Frfolge
Injektionen von Oleum cinerum mit; nach den — noch geringen
fahrungen dürfte sich die Applikation einer ganzen Spritze alle 8—14
empfehlen. (Dabei gibt aber B. selbst an, dafs schon nach Injektio
½ Spritze eine Patientin eine „schreckliche" Stomatitis verbunden mit
Stomakace bekam!) —

Die Resultate mit Kalomelinjektionen nennt Verf. brillant. Eh
Kalomelöl übergegangen wurde, gab es (bei Neisserschem Kalome
salz) in 28 % der Fälle Abscesse, in 43 % Infiltrate, dabei lange andau
Schmerzen; bei Kalomelöl dagegen bei 14 klinischen und 12 poliklin
keine Abscesse, aber Stomatitis, wie bei Kalomelkochsalz, in ca. 30 %
Fälle. (Die Klinik ergab nur 21 %, Poliklinik 33 %, bei Kalomelko
29 %.) Nur ein Patient klagte über Schmerzen; das Infiltrat war in
Falle so mächtig und schmerzhaft, dafs Patient nicht wieder zu ein
jektion zu bewegen war. —

Eine beigegebene Tabelle stellt Präparat, Patientenzahl, Injektion

titis, Abscesse und Infiltrate nebeneinander. Die Zahlen sind aber cht klein. —

Über Lupuskarzinom, von Dr. Josef Richter, Assistent. (Aus der leutschen dermatologischen Universitätsklinik des Prof. Dr. F. J. Pick g.) Der Fall, auf den die vorliegenden Untersuchungen basiert sind, n Dr. Winternitz im Jahrgang 1886 der *Vierteljahresschrift* schon als „Lupuskarzinom" besprochen. — Es war auf der linken Wange ein Epithelialkarzinom exstirpiert. Jetzt, nach 2 Jahren hatte sich ymmetrisch in der rechten Wangengegend wieder ein Tumor ent-, der klinisch und anatomisch als Epithelialkarzinom zu diagnosti- war.

Die, zeitlich und räumlich, aufser Zusammenhang miteinander stehen- umoren verhielten sich klinisch sehr ähnlich.

. Beide stellten sich dar als gegen die umgebende Haut scharf abge- Neubildungen, als etwas Fremdartiges, Selbständiges.

. Beide entwickelten sich aus exulceriertem papillär gewuchertem oden an homologen Hautstellen des Gesichts.

. Beide zeigten rasches Wachstum und zwar gegen die für Karzinome e Regel nicht durch Eruption neuer Geschwulstknötchen in der ung, sondern durch Infiltration und Substitution der Nachbarschaft Aftermasse, also destruktiven Charakter.

. In beiden Fällen kam es neben den Proliferationsvorgängen relativ zu Rückbildungsprozessen im Geschwulstgewebe.

. In beiden Fällen blieb die regionäre Drüseninfektion aus; und . fehlte die Krebskachexie. —

Es folgt nun eine genaue mikroskopische Beschreibung des die Ge- st umgebenden Gewebes und der Geschwulst selbst, die wir leider n extenso wiedergeben können. Verf. zieht daraus folgende Schlüsse. eschwulst war eine atypische, epitheliale, destruierende Neubildung. er infolge der sich fortwährend (im Lupus) vollziehenden Zerfalls- Wucherungsprozesse die anatomischen Grenzen unter den einzelnen ten der äufseren Bedeckung schon an und für sich verschoben sind, nn man daraus noch keinen Schlufs auf den malignen Charakter der dung ziehen; man kann nicht sagen, die Geschwulst habe während lativ kurzen Zeit ihres Bestandes alle Schichten der Haut und das ane Gewebe durchwachsen und sei bis zur Fascie vorgedrungen — die Schichtung ist nicht mehr vorhanden, die eine oder die andre t schon im höchsten Grade reduziert. —

Bei dem floriden Lupus finden alle Bedingungen statt, die für die hung des Epithelialkarzinoms gefordert werden: Überwiegen der ion des Epithels gegenüber dem Bindegewebe. Verfasser stellt den uf:

Man kann von einem Lupuskarzinom nur dann sprechen, wenn das-

selbe auf dem Boden eines floriden Lupus zur Entwickelung gelangt; das aus einer Narbe nach geheiltem Lupus entstandene Karzinom mit Lupus nichts zu schaffen.

Hamburg. VON DÜRING.

ERÖSS zeigt in der Kgl. Gesellsch. d. Ärzte zu Budapest am 21. 1888 einen Fall von **Tripper bei einem 16 Monate alten Ki** Gonokokken im Sekret. Therapie bis auf $^1/_{10}$ % verdünnte ULTZM sche Lösung (Acid. carb., Alum. crudi, Zinc. sulf. ā 0,5, Aq. 200,0) mittels Kautschukspritze mit langem Ansatz, 2 mal täglich. S schwindet nach einer Woche, Heilung nach drei Wochen. (*Wr. med. P* 1888. No. 8.)

W. GOLDZIEHER trägt daselbst über **syphilitische Conjunctivitis** und berichtet zwei Krankengeschichten. An der Debatte beteiligen VIDOR, SCHWIMMER, RONA, HAVAS, SCHEIBER und N. FEUER. SCHWI hält die anamnestischen Daten für nicht genügend, um hier eine syphilitische Krankheitsform zu fixieren.

München. PAULY.

Belgien.

Über die Syphilis der Glasbläser. — Fall von Syphilis ekthym ulcerosa gravis, von EDOUARD DESMET. (*La Clinique.* 10. November 1 Die Übertragung der Syphilis ist bei den Glasbläsern sehr leicht mög da ja bekanntlich das Blasrohr beständig und unmittelbar aus dem M des Burschen (Hilfsbläsers) in den des Bläsers wandert, und da bei i infolge der Rauhigkeit des Rohres Exkoriationen an Lippen und Zunge häufig sind. Wenn auch nur einer der Arbeiter am Munde eine syphilit Wunde hat, so ist die Ansteckung fast unvermeidlich. So war die S auch im vorliegenden Fall. Der Verfasser behandelte die Kranken s mit Hg und Jodkali, um die verherenden Wirkungen der sekund Syphilis möglichst zu mildern. Es ist von grofsem Wert, energisch g die Lues vorzugehen bei Kranken, die, wie in diesem Fall, vor der ständigen Heilung nicht wieder anfangen können zu arbeiten. Der mufs sehr gewissenhaft prüfen, ehe er dem Glasbläser wieder gestattet Arbeit zu gehen. Weil man in diesem Punkt nicht immer vorsichtig g war, hat man wahre Syphilisepidemien in gewissen industriellen M punkten verursacht.

Aber trifft nicht auch den Kranken wie den Arbeitgeber bisw eine gewisse Verantwortlichkeit? Man hat folgende prophylaktische R regeln empfohlen: 1. Anbringung eines beweglichen Mundstückes a Blasrohr für jeden Arbeiter; 2. regelmäfsige Untersuchungen. — Er

el, die noch verschiedene Verbesserungen erfahren hat, verlang-
e Arbeit in solchem Maſse, daſs man davon zurückgekommen ist. —
tersuchung muſs, wenn sie von Nutzen sein soll, sorgfältig ausge-
erden, muſs sich auf die Geschlechtsteile und den Mund erstrecken
ufig wiederholt werden.

hanker des Nasenflügels, von Boulangier. (*La Clinique.* 26. Jan.
Der Schanker begann unter der Form einer papulo-vesikulösen
n, die nach Ablauf weniger Tage geschwürig wurde. Der Kranke
te das Geschwür erst, als Sekundärerscheinungen auftraten. —
tomie lehrt, daſs die Lymphgefäſse der Nasenflügel namentlich zu
erkieferdrüsen in Beziehung stehen; einige vielleicht auch zu der
— Die entsprechenden Glandd. submax. waren in diesem Fall sehr
ert und hart.

ne neue Behandlung des Herpes tonsurans, von Claron und
. (*Journ. de Médecine de Bruxelles.* 20. November 1887.) Die
r haben alle bekannten Behandlungsarten des Herpes tonsurans
obiert. Sie haben die Haare entfernt, sie haben alle gangbaren
sitären Einreibungen angewandt, das Sublimat, die Kalomel- und
rbittsalbe; sie haben Krotonöl versucht, den von Descroizilles
enen „bâton cosmétique", der aus zwei Teilen Krotonöl, einem Teil
Wachs und einem Teil Kakaobutter zusammengesetzt ist. Keine
verschiedenen Behandlungsarten hat sie jemals völlig befriedigt.
iesen Mitteln kommt nach ihnen nur die Eigenschaft zu, die Ver-
der Keime zu verhüten, aber sie sind nicht imstande, den Krypto-
elber zu zerstören.

doch mit dem von Reynolds in Chicago empfohlenen Verfahren
atshefte f. p. D. 1887. pag. 945.) haben sie sehr günstige und
Ergebnisse erzielt. — Sie gebrauchten eine 3—5‰ige Sublimat-
Die Sitzungen dauerten im Mittel 10—15 Minuten. Der behaarte
urde zuvörderst sorgfältig gewaschen und rasiert. Sie arbeiteten
20 Elementen einer Batterie mit schwefelsaurem Kupfer. Die
ng des positiven Pols verursachte — selbst bei der schwachen, 3‰
— empfindlichen Personen schmerzhaftes Prickeln, was unstreitig
ndringen des Quecksilbersalzes zuzuschreiben ist.

e Veränderungen, welche die erkrankten Teile durch den konstanten
und das Sublimat erfahren, sind gleich von vornherein erkennbar.
rfläche wird weniger schuppig, mehr glatt und eben, und das kranke
cheint seine Vitalität wieder zu gewinnen. — Es folgen acht Fälle
rpes tonsurans, die nach der Angabe des amerikanischen Arztes be-
wurden.

ll 1. Seit mehreren Monaten bestehender Herpes, der erfolglos mit
n, Waschen mit grüner Seife, Ararobasalbe behandelt war. Am
tember 10 Minuten lang Elektrisation mit dem konstanten Strom,

die positive Elektrode mit einer 3‰ Sublimatlösung befeuchtet. A
Oktober verläfst das Kind völlig geheilt das Krankenhaus.

Die folgenden Beobachtungen sind ebenso bemerkenswert. — D
fasser erwähnen nicht, ob sie ihre Kranken einige Wochen später
gesehen haben.

Brüssel. DUBOIS HAVENITH.

(Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM in Hamburg.)

Frankreich.

Die Allgemeinbehandlung der Syphilis, von H. HALL
(*Bulletins et Mémoires de la Société Medicale des Hôpitaux de*
Séance du 10. juin 1887.) Nach H. hat man es bei der Syphilis nic
einer Allgemeinerkrankung zu thun; es handele sich vielmehr fast
nur um örtliche Krankheitserscheinungen, und so erfordere diese Kr
auch eine mehr örtliche Behandlung.

Den harten Schanker soll man, so lange die Leistendrüsen noch
angeschwollen sind, ausschneiden, oder durch ein Kaustikum zerstören
H. auch die günstigen Erfolge, die in Deutschland diesem Verfahren
gerühmt werden, anzuzweifeln geneigt ist.

So lange die Syphilis Erscheinungen macht, mufs sie energis
Hg und Jodkalium bekämpft werden; während der zweiten Periode r
lich mit Hg, und, falls die merkurielle Behandlung unterbrochen
mufs, mit Jodkali; letzteres empfiehlt sich namentlich für die
erscheinungen.

Unter allen Hg-Behandlungen steht nach H. die Schmierkur
Eine Stomatitis tritt nicht so bald ein, wenn man nur beim Einreib
behaarten Teile der Achselhöhle und der Leisten- und Schamgege
meidet. Von diesen Stellen aus scheint — auch nach den Erfahrung
Referenten — die Hg-Resorption sehr schnell zu erfolgen. — V
eingenommen ist Verf. von der innern Anwendung des Quecksilbers, w
dem Ref. das Hydrary. oxydul. tann., in Pillenform verabfolgt, in m
Fällen gute Dienste geleistet hat. — Ebenso redet H. den neuerdi
liebt gewordenen Einspritzungen nicht sehr das Wort, auch hie
ganz in Übereinstimmung mit dem Ref., der nach Injektionen ein
lomel-Öl-Emulsion (1,0 : 10,0) recht befriedigende Erfolge — ohne be
Nebenerscheinungen, Schmerzen u. s. w. — gehabt hat.

Das Jodkalium soll während der dritten Periode so lange ver
werden, wie die Syphilis Symptome macht; es soll ununterbrochen g
werden und gewissermafsen einen Teil der Nahrung des Kr
ausmachen. Hingegen soll man die Tagesdose von 1—2 g nich
schreiten. Sehr entschieden warnt H. vor den in Deutschland empf
grofsen Tagesdosen von 20,0—30,0.

Die syphilitischen Erkrankungen der Haut und Schleimhäute, namentlich das primäre Schankergeschwür, müssen örtlich mit Hg-Präparaten behandelt werden; besonders empfiehlt Verf. eine Sublimat-Lösung von 1:500.

Klinische Vorträge über Hautkrankheiten und Syphilis, von FOURNIER. 1. Vorlesung: **Über Lichen planus, insbesondere seine syphilitische Form.** (*Union Médicale.* III. Folge. 1887.) Nach einem kurzen Hinweis auf die Schwierigkeit einer wissenschaftlichen Definition des Lichen überhaupt kommt Verf. auf den Lichen planus zu sprechen. Diese Form war schon den älteren Ärzten bekannt, aber erst ERASMUS WILSON hat sie 1869 ausführlich beschrieben; später ist sie dann namentlich von BESNIER, VIDAL, FOURNIER, LAVERGNE und BROCQ eingehend studiert worden.

Der Lichen planus besteht nach WILSON aus dunkelroten, wenig hervorragenden Papeln, die etwas abgeplattet und mit einer schwach durchscheinenden Epidermis bedeckt sind. Diese Epidermis-Lamelle schuppt sich ab, wenn die Papeln in Plaques angehäuft sind. Das Leiden ist anfänglich örtlicher und chronischer Natur. Die einzelnen Papeln sind anfänglich geformt; sie erreichen eine Größe bis zu 4 mm Durchmesser. Nach HEBRA wachsen sie nicht; UNNA und POSPELOW behaupten das Gegenteil. Sie vereinigen sich häufig zu Plaques von verschiedener Ausdehnung, die unregelmäßig begrenzt sind. Die Haut über den Plaques ist verdickt und erscheint infiltriert. — Sie jucken bald mehr bald weniger lebhaft. Das Jucken wird in der Bettwärme und durch Kratzen immer unerträglicher. — Der Lichen planus sitzt mit Vorliebe an den Extremitäten, kann aber auch andre Körperteile befallen, so auch die Wangenschleimhaut und die Zunge. — Die benachbarten Drüsen sind bisweilen angeschwollen.

Häufig werden Innervationsstörungen, wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Ohrensausen u. s. w. dabei beobachtet. — Der Verlauf ist chronisch. Die Histologie weist Störungen der Epidermis, des Papillarkörpers und der Gefäße auf.

Es folgt eine Besprechung der verschiedenen Formen des Lichen planus und eine eingehende Beschreibung eines Falles von Lichen planus hypertrophicus, worüber man im Original nachlesen wolle.

Im Gegensatz zu AUSPITZ gelangt H. zu dem Ergebnis, daß sich der Lichen planus nicht auf die Epidermis beschränkt, daß vielmehr auch das Corium dabei atrophiert und der Papillarkörper völlig zerstört werden kann.

Der Lichen planus heilt nur sehr schwer, er bedroht aber nicht direkt das Leben, wie der Lichen ruber HEBR.

Die Behandlung besteht in innerer Darreichung von großen Arsenikgaben und äußerer Anwendung von Glycérolé tartique oder Ungt. Hydrargyri cinereum.

Ob man es beim Lichen planus mit einer parasitären Krankheit
mit einer Trophoneurose zu thun habe, läfst sich zur Zeit noch n
entscheiden.

Hamburg. TÜRKHEIM.

Italien.

Giornale italiano delle malattie veneree e dalla pelle. 1887. N
(Schlufs des Ref. in voriger Nummer der *Monatshefte.*)

Das Salol bei der lokalen Behandlung der venerischen Hautkrankheiten, von Prof. Dr. BARDUZZI (Siena). Nachdem Verf
alle Autoren citiert hat, die das Salol sowohl innerlich als auch top
angewendet, bemerkt er, wie er, bevor noch die Untersuchungen GEO
über die topischen Wirkungen des Salols veröffentlicht wurden, d
Mittel in den verschiedenen venerisch-ulcerösen und syphilitischen Kr
heitsformen, sowie bei Dermatosen mit ulcerativen Erscheinungen
angewendet hat. Gleichwie NENCKI gefunden hat, dafs dieses Medika
im Dünndarm bei Gegenwart des pankreatischen Saftes sich in Salicyls
und Phenol spaltet, hat BARDUZZIS Assistent, Dr. FORZONI, dieselbe Spal
bei Berührung mit den lebenden Geweben nachweisen können. —
seinen bisherigen Erfahrungen schliefst Verfasser, dafs das Salol ein
gezeichnetes antiseptisches Mittel ist und sich sehr wirksam erwiesen
bei lokalen Verbänden in der Behandlung der venerischen und kut
Affektionen, wie: Geschwüre, epitheliale Läsionen, ulceröse Syphilide, s
nierende Dermatosen etc. etc.

Zum Schlusse seiner Mitteilung bemerkt Verf., dafs das von M
(Darmstadt) präparierte und von KOBERT angewendete Salinaphtol
Salol nicht vorzuziehen sei, weil seine Spaltung keine leichte ist
seine Wirkung auf die Fäulnisfermente weniger energisch sei, als
des Salols.

Über den Zusammenhang der Skrofulose mit der Tuberkul
von Prof. E. DE RENZI. (*Rivista clinica e terapeut.* Heft 4. 1887.)
fasser spricht in dieser Arbeit die Meinung aus, dafs das tuberkulöse
identisch mit dem skrofulösen sei; Verfasser hat experimentell bei Ti
durch Einimpfung des tuberkulösen oder des skrofulösen Virus diese
Läsionen erzielt. So hat das Virus aus den lymphatischen Drüsen sk
löser Leute durch Impfung auf Kaninchen und Meerschweinchen visc
und pulmonäre Läsionen mit Tuberkeln hervorgerufen. Das skrof
Virus scheint also kein abgeschwächtes tuberkulöses Virus zu sein, w
stens erhellt dies nicht aus den Experimenten des Klinikers aus Ne
Die Schlufsfolgerungen DE RENZIS stehen also mit denjenigen ARLOIN
Widerspruch.

ber die möglichen Beziehungen der Pityriasis versicolor zu ngentuberkulose, von Prof. Dr. Barduzzi. (*Bollettino dei Cultori ze med. di Siena.* Heft II. 1887.) Durch den Umstand aufmerksam t, daſs bei für Lungentuberkulose prädisponierten oder von dieser n schon befallenen Individuen häufig die Pityriasis versicolor zu ten ist, stellte der Verf. einige Versuche an, um zu sehen, ob diese he einer reinen Koinzidenz zuzuschreiben sei, oder aber, ob ein Zu- hang zwischen diesen beiden Affektionen bestehe.

er aus den rein gewaschenen Pityriasis-Plaques entnommene Detritus Kaninchen in die Trachea eingeführt: es entstand darauf stets tuberkulose, sei es, daſs der Pityriasis-Detritus einem Tuberkulösen en Stadium der Krankheit, sei es, daſs er einem Kranken im kachek- Stadium entnommen wurde. Es wurden dann auch Injektionen Unterhautzellgewebe und in das Peritoneum von Kaninchen vor- nen; das Resultat war stets die Entwickelung von tuberkulösen en.

erfasser teilt auch mit, daſs er mikroskopisch bei Lupus Sporen und n gefunden hat, die, was die Form anbelangt, mit jenen bei der is vorkommenden identisch sind, gleichwie sie auch im Sputum von kern vorkommen.

achdem Verf. zum Schlusse angeführt, daſs auch zwar andre Autoren r, Hericourt) Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen is und Tuberkulose angestellt und hierbei den seinen ähnliche Er- e erzielt haben, fordert er die Kollegen zum weiteren Studium dieses andes auf.

ur Pathogenese und Therapie des Keloids, von Prof. Dr. zi. (Ebenda.) Die Wiedererzeugung des Keloids bei drei Frauens- n, nachdem B. diesen Tumor wiederholt abgetragen, veranlaſsten ch der Ursache der fast konstanten Recidivierung des Keloids zu Hierbei sei, nach Verf., weder das Alter, noch das Geschlecht, e individuelle Konstitution als prädisponierende Ursache in Anschlag gen, so wie er auch den Einfluſs der Skrofulose leugnet, da das eine rein lokale Erkrankung sei; hingegen möchte er eine irritierende e als ätiologisches Moment annehmen.

folge seiner Untersuchungen der von ihm abgetragenen Keloid- en müsse man mit Hebra dieses Gebilde zu den gutartigen Neu- en des Bindegewebes rechnen. (Es folgt die Auseinandersetzung tologischen Befundes.)

on diesem Befunde sei hier nur angeführt, daſs Barduzzi beobachtet e die spärlichen Nervenfäden in den Keloiden die Zeichen einer tiellen Neuritis ohne deutliche Begrenzung an den Rändern des darboten.

us seinen Beobachtungen zieht Barduzzi den Schluſs, daſs man in sion der peripheren Nerven, in den langsam verlaufenden und aus

Hautreizen, Traumen, Verbrennungen, Druck etc. hervorgehenden Neur
die wahre Ursache der so leichten Recidivierung eines beginnenden
plasmas, wie es das Keloid ist, zu suchen habe.

Betreffend die Behandlung des Keloids ist von der pharmazeuti
Therapie wenig zu erwarten; auch in die Elektrolyse sei, nach Verf.,
grofse Hoffnung zu setzen, wenn auch andre Autoren (Hardaway, E
durch diese Methode recht befriedigende Resultate erzielt zu haben an
Als das beste Mittel erachtet Barduzzi eine ausgiebige Exstirpatio
Neubildung, über die Grenzen derselben hinaus, ohne nachherige Nah
ohne Vereinigung der Teile.

Parenchymatöse Sublimatinjektion gegen Lupus. Heilung
Dr. Tansini. (*Gazzetta degli Ospedali.* No. 47. 1887.) Ein Fräule
Lodi war seit zwei Jahren mit Lupus hypertrophicus der Nasenspitz
haftet. Die Affektion zeigte Tendenz um sich zu greifen, und hatte
pharmazeutischen Behandlung getrotzt.

Da Dr. Tansini nicht zu dem radikalsten Mittel, zur Abkra
nämlich der wuchernden Teile, seine Zuflucht nehmen wollte, indem
nachfolgenden unausbleiblichen Spuren dieses operativen Eingriffes für
so entschied er sich für ein viel einfacheres Mittel.

Von der Überzeugung ausgehend, dafs der Lupus eine Form
sierter Tuberkulose darstellt und in Anerkennung der ätzenden Wi
des Sublimats gegen den Bacillus Kochii, hegte Verf. die Hoffnung,
man durch tiefe Injektionen einer Lösung dieses Mittels in die lup
krankte Partie gute Resultate erzielen müfste.

Er bereitete sich daher folgende Lösung:

Hydrarg. bichlor. corrosivum	0,50
Natr. chlor.	1,00
Aq. destill.	100,00

Mit wenigen Tropfen dieser Lösung wurde eine erste Injektio
macht, auf welche keine besonderen Erscheinungen sich zeigten.
Tage später wurden zwei weitere Injektionen mit einer stärkeren L
(doppelte Menge Sublimat und Chlornatrium) vorgenommen; da
lokale Anschwellung und unbedeutendes schmerzloses Gesichtsödem
nach zwei Tagen schwand jedoch sowohl das Gesichtsödem, als auc
Tumefaktion der Nase. Später wurden in verschieden langen Inter
noch weitere Injektionen, zum Teil in der Mitte des affizierten Nasen
zum Teil an dessen Peripherie wiederholt, von denen einige von
schweren Reaktionserscheinungen gefolgt waren. — Schon nach den
Injektionen stellte sich eine wesentliche Besserung des Zustandes ein, i
die Haut über den erkrankten Nasenpartien blässer und glatter w
Die Nase kehrte bald in ihren normalen Zustand zurück. —

Der soeben mitgeteilte Fall ist ohne Zweifel von grofsem Inte
es mufs jedoch hervorgehoben werden, dafs die von Tansini angew
Methode nicht neu ist, und dafs lange vor ihm Dr. Schilling (Rom

ionen, wenn auch nicht mit Sublimat, so doch mit Kalomel, erfolg- gegen sechs Fälle von chronischem Ekzem angewendet hatte. (*Gior- ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1874.) Später wurde diese Praxis gegen andre Dermatosen mit sehr gutem Erfolge geübt, so gegen en ruber, diffuses Erythem, Pityriasis etc. etc. (SCHILLING, NZIO u. s. w.)

Was die Behauptung TANSINIS betrifft, dafs die Wirkungsweise des rsalzes bei Lupus in der Tötung der Bacillen bestehe, so bleibe dies estellt. Die trophische Beeinflussung könnte mit viel gröfserem Rechte fen werden.

Wien. DEL TORRE.

Amerika.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. 1888. No. 2. Februar. t an Originalarbeiten:

rleichterte Hautphotographie, von HENRY G. PIFFARD. Trotz des sentlich vereinfachten Verfahrens und trotz des verhältnismäfsig n Preises der erforderlichen Apparate wird die Photographie in Spezialität — wenigstens in der Privatpraxis — leider noch viel nig verwendet, obgleich es sicher kein bequemeres und vorteilhafteres geben kann, um wertvolles Material dauernd aufzubewahren und r zu machen. In erster Linie liegt dies jedenfalls an der grofsen rigkeit einer genügend guten Beleuchtung, und es ist daher in hohem anerkennenswert, dafs sich Verf. bemüht hat, eine stets gleichmäfsige nöglichst intensive Beleuchtung ausfindig zu machen. Er benutzt das Magnesiumpulver, welches — der schnelleren Verbrennung — auf Pyroxylin (Schiefsbaumwolle) gestreut wird (0,6—0,72 Magnes. —0,5 Pyroxylin). Diese auf einer Blech- oder Steinplatte ausge- e Mischung wird, nachdem der Patient bei Lampenlicht in die e Stellung gebracht und die photographische Platte in den Apparat choben worden ist, im vollständig dunklen Raume seitlich von der des Apparates angebrannt. Die entstehende blitzartige Flamme be- et den Patienten so intensiv, dafs die kurze Dauer eines Bruchteiles Sekunde genügt, um ein vollkommen scharfes Bild auf der Platte zu en.

Soll das Bild den ganzen Körper umfassen, so gebraucht Verf. die ung in Form einer Patrone, welche er in der gewöhnlichen Weise aus Pistole abfeuert.

Hyperhidrosis. Bericht eines Falles mit Bemerkungen von C. W. s. Im Anschlufs an einen interessanten Fall dieser Anomalie chweifssekretion unterzieht Verf. die letztere einer eingehenden Be-

sprechung. Die 22jährige Patientin, welche, abgesehen von unregelmi
Menstruation, vollkommen gesund war, zeigte vom 13. Jahre an a
Palmarfläche beider Hände und sämtlicher Finger eine ganz ex
Schweifsabsonderung. Eine Ursache dieser plötzlich beginnenden S
war nicht nachzuweisen, wenngleich sie sich zuerst kurz vor der
Menstruation einstellte. Späterhin war nicht der geringste Zusamme
zwischen beiden Zuständen wahrnehmbar, denn die Hyperhidrosi
während der Menses nicht stärker, als sonst. Der abgesonderte Sc
war stets klar, völlig geruchlos und von leicht salzigem Geschmack
Haut an den betreffenden Stellen war etwas verdickt und gedunsen,
keineswegs runzelig, wie z. B. bei Wäscherinnen; die Kapillargefäf
weitert und die Schweifsdrüsenmündungen weit geöffnet. Die Qu
des abgesonderten Schweifses war eine so enorme, dafs er beim
hängen der Hände herabtropfte (jede Sekunde ein Tropfen) und au
Fufsboden Pfützen bildete; in 5 Minuten konnte man von einer Han
Flüssigkeit auffangen. Trotz dieses Flüssigkeitsverlustes war der Durs
gesteigert.

Die Ursache der lokalen Schweifsabsonderung sucht Verf., w
meisten Forscher, für gewöhnlich in dem Nervensystem, und zwar h
es für wahrscheinlich, dafs in dem sympathischen Nervensystem in ge
Abständen Schweifszentren oder Ganglien gelegen sind, welche die Sch
drüsen eines gewissen Bezirkes direkt beeinflussen. Dafs es sich nic
eine Erkrankung der Schweifsdrüsen selbst handelt, ergibt sich
daraus, dafs in der Regel keinerlei Strukturveränderung derselben
funden wird. Bezüglich der Behandlung geben nach des Verf.s Erfa
die austrocknenden und adstringierenden Pulver die besten Resultate
sie gründlich eingerieben werden und konstant einwirken, und zwa
dies in erster Linie von Pulvern, welche Bismuth. subnitric. und S
säure enthalten. Von Salben und Pflastern empfiehlt Verf. besonde
Ungt. diachyl. Hebr. Stets ist jedoch eine konstitutionelle Therapie
der lokalen unerläfslich.

Verf. fafst am Ende der Arbeit die Ergebnisse seiner Untersuchu
folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Ursache der Hyperhidrosis ist gewöhnlich eine nervöse.

2. Die Sekretion der Schweifsdrüsen scheint durch die sympathi
Ganglien oder das sympathische Nervensystem geregelt zu werden.

3. Hyperhidrosis ist eine funktionelle Affektion des sympathi
Systems.

4. Die Schweifsabsonderung an den Extremitäten ist in der
symmetrisch, infolge der engen Beziehung und Anastomosen der sym
schen Ganglien des Stammes, und asymmetrisch am Kopf und Hals
des Mangels dieses Zusammenhanges.

5. Es bestehen nur leichte Strukturveränderungen in den affizi
Schweifsdrüsen und diese sind die Folge der Hypersekretion.

Die Verschiedenheit in der Erscheinung der affizierten Haut an tremitäten und dem Stamme beruht auf der Entfernung vom ionszentrum, während die physiologischen Bedingungen dieselben sind. Empfindliche und weiche Füfse, nicht rheumatische, sind eine ge- ie Folge der Hyperhidrosis.

Die Bromhidrosis ist gewöhnlich das Resultat von Unreinlichkeit, as Sekret nicht sogleich entfernt wird.

Nerven-Tonica sind in der Regel bei Hyperhidrosis indiziert.

Lokale Behandlung ist stets indiziert und, falls sie nicht Heilung lindert sie doch fast immer die Erscheinungen.

er die klinische Diagnose des Lupus erythematosus der und Füfse, von Hermann G. Klotz. Verf. teilt die Geschichte derartiger Fälle ausführlich mit und knüpft hieran eine sehr ein- Besprechung dieser ungewöhnlichen Lokalisation des Lupus ery- us. Die Möglichkeit der Beschränkung dieser Lupusart auf die nd Füfse (namentlich auf die letzteren) kann wohl nicht mehr lt werden, nachdem Ohmann-Dumesnil (St. Louis Mo.) 45 Fälle in belle zusammengestellt hat (cf. Referat in den *Monatsheften.* 1887. pag. 931), denen sich die vorliegenden Fälle anschliefsen. Der Streit Möglichkeit dieser Lokalisation dürfte sich wohl in befriedigendster durch die Annahme beilegen lassen, dafs dieselbe in England und ungleich häufiger als in Europa ist, welche Vermutung bereits A (*Monatshefte.* 1886. Bd. V. pag. 47) ausgesprochen worden ist. Auf elheiten des vorliegenden Aufsatzes einzugehen, müssen wir uns ksicht auf den Raum leider versagen und in dieser Hinsicht auf das verweisen. —

der 177. Sitzung der New-Yorker Dermatologischen Ge- aft kamen folgende Themata zur Sprache:

nen Fall von **eigentümlichem Ausschlag an der Nase** stellte nson zur Diagnose vor. Die Läsion begann vor 2 Jahren in Ge- es kleinen Fleckes oder Knötchens auf einer Seite der Nase und erte sich allmählich, bis sie fast die ganze Oberfläche der Nase . Ulceration oder Beschwerden waren niemals vorhanden. Die Fläche war uneben, knotig, an einzelnen Stellen mit narbigen tionen, von dunkelroter Farbe, scharf begrenzt und mit etwas er- , knotigen Rändern. Die aufliegenden Schuppen zeigten an der Fläche keine den Öffnungen in der Haut entsprechenden Fortsätze. d Dr. Fox und Jackson die Affektion für tuberkulöse Syphilis treten Elliot, Sturgis, Taylor und Bronson für die Diagnose erythematosus ein. Für letztere sprechen namentlich die langsame trifugale Entwickelung, die geringe Erhöhung der affizierten Stelle inger ödematöser Infiltration, die hier und da verstreuten Narben, weder gruppiert sind, noch zusammenhängen. Handelte es sich um

Syphilis, so würde in einem so langen Zeitraum von 2 Jahren gew
weit gröfserer Bezirk ergriffen sein, auch würde eine serpiginöse, st
zentrifugalen Entwickelung stattgefunden haben, und die peripheren
würden aus einzelnen Läsionen zusammengesetzt sein. Auch die
bildung ist bei Syphilis eine charakteristische. Bei letzterer würd
der vollständigen Lokalisation, wie sie im vorliegenden Falle thats
vorhanden ist, nach so langer Dauer der Erkrankung sicher Ulc
Beteiligung des Knorpels und eiteriger Ausfluſs aus der Nase z
sein. —

Dr. Jackson stellte einen Fall von **Morphoea** in Form
circa 7 Zoll langen und ½—¾ Zoll breiten Streifens am Vorderko
dem rechten Auge vor. Derselbe wird jedoch von der Mehrzahl
wesenden Mitglieder als eine einfache Hautatrophie neurotischen Urs
angesehen.

Dr. Fox stellte einen Fall von **chronischem Erythema mult**
vor, ferner

Dr. Piffard einen typischen Fall von **Morphoea.**

Dr. Lewis stellte einen Fall von **Ulceration an der beh**
Kopfhaut zur Diagnose vor. Die Affektion des 40jährigen Patien
gann vor 10 Jahren in Gestalt eines Knoten hinter dem linken Ohr
dessen Beseitigung sich bald eine gleiche, neue Läsion entwickelte.
vergröfserte sich allmählich, bis sie vor zwei Jahren ulcerierte. Das
Geschwür nimmt jetzt die ganze rechte Hälfte der behaarten Ko
vom Ohr bis zum Scheitel und vom Occiput bis zur Stirn ein.
schwürsfläche ist mit teils gesunden, teils schlaffen Granulation
warzigen Bildungen bedeckt. Starke Eiterabsonderung. Auſserh
Geschwürs fanden sich am Scheitel wachsartig aussehende, durch d
Linien getrennte Flecke. In der sich anschlieſsenden Diskusion
sich sehr verschiedene Ansichten über die Art der Krankheit en
Von verschiedenen Mitgliedern wurde, unter gleichzeitigem Hinw
Unnas hierauf bezügliche Ansicht und mit Erwähnung des sog. d
plastischen Exzesses, die Möglichkeit betont, daſs die Ulceration
sultat einer übermäſsigen Behandlung sein könne. Die Mehrzahl
sich jedoch schlieſslich für die Diagnose eines Epithelioms aus,
namentlich auf die Wiederkehr der Läsion nach der Exstirpati
ersten Geschwulst, die Beschaffenheit der Geschwürsränder und d
nahme der Drüsen und des umgebenden Gewebes hingewiesen wurd

Leipzig. Th. Alfred Kirsten

Verschiedenes.

Luffaschwämme. Die bekannten netzartigen Pflanzengebilde,
als Frottierschwämme stark im Gebrauche sind, stammen einer N
„Österr. landw. Wochenblatt“ zufolge von einer Netzgurkenart,

aegyptiaca Mill. Die Luffasorten (Lofah) sind eine Art der Curcur-
e oder gurkenartigen Gewächse, meist einjährig mit rankendem
und einhäusigen Blüten. Luffa aegyptiaca Mill. (= Momordica
L.) und deren Verwandte L. acutangula Ser. (= Cucumis acu-
s L.) werden in allen südlichen Ländern der alten Welt kultiviert,
sbesondere die letztere, die aus China stammt, überall wie unsre
im jungen Zustande gegessen. In Ost- und Westindien ersetzt sie
Gurke vollständig, kann aber auch ganz wie diese und unter den
n Kulturvorschriften bei uns gebaut werden. Die Hauptbenützung
Netzgurken besteht in der Verwendung ihres unmittelbar unter der
ut liegenden holzfaserigen Gefäßnetzes im ausgereiften Zustande;
e wurde im Oriente schon seit unendlich langer Zeit als Bade-, Wasch-
rottierschwamm benutzt und auch in Wien wird es schon seit
ls einem Jahrzehnt zu dem gleichen Zwecke in ausgebreiteter Weise
cht. Der Verfasser erzählt, daſs er im Wiener botanischen Garten
mer 1887 zwei Früchte an einer Pflanze, die zum Teile im Schatten
und ohne jede Düngung des Boden gezogen war, gesehen habe,
d an den nebenan stehenden Exemplaren von Wassermelonen nicht
ur von Fruchtansatz zu sehen war. (*Auf dem Lande.* 1888. S. 7.
nd.-Bl. 1888.)

as Mikroklysma. Es läßt sich nicht verkennen, daſs manchem
mittel ein gesunder Gedanke innewohnt, und die Erfahrung hat
, daſs bisweilen lange Zeit hindurch bekämpfte Spezialitäten eines
doch durch exakte Untersuchungsmethoden als zweckmäßig erkannt
. So scheint auch das in letzter Zeit vielgenannte Oidtmannsche
iv die Veranlassung zur Einführung eines angenehmen Purgierver-
zu werden. Die genannte Spezialität ist mehrfach und zwar mit
lndem Resultate untersucht worden. Darin aber stimmen alle Unter-
überein, daſs ihr wesentlicher Bestandteil (dem Gewichte nach)
n ist. Dr. Anacker hat nun in Berücksichtigung des Umstandes, daſs
urgativ wirklich das leistet, was es verspricht, in Gemeinschaft mit
ossy (*Wien. med. Presse.* No. 48) die Einwirkung des Glycerins auf
arm studiert. Die Verf. waren in der Lage festzustellen, daſs die
rung von etwa 2 ccm (ungefähr 2,5 bis 3,00 g) reinen Glycerins
ysma im Verlaufe von 1—2 Minuten eine schmerzlose und ergiebige
ntleerung verursacht. Die Wirkung des Glycerins in diesem Falle
man auf seine Fähigkeit, begierig Wasser anzuziehen, zurück. Man
ich vor, daſs es der Darmschleimhaut Wasser entzieht und dadurch
flektorischem Wege peristaltische Bewegungen auslöst. Zweifellos
das Mikroklysma eine schätzenswerte Bereicherung der Therapie dar,
um so wertvoller wäre, falls, was sich ja alsbald herausstellen wird,
ängerer Gebrauch nicht eine Gewöhnung an das Mittel zur Folge
sollte. (B. Fischer in *Pharm. Ztg.* 1887. No. 103.)

Personalien.

Heinrich Bohn †.

Am 3. Februar a. c. erlag zu Königsberg einem langwierigen Lu
leiden der Professor der Albertus Universität, Dr. Heinrich Bohn.

Am 8. Januar 1832 zu Memel geboren, begann der Verstorbene
seine ärztliche Thätigkeit als Assistent der medizinischen Poliklinik
Professor Moellers Leitung. 1860 habilitierte er sich für Kinder
Hautkrankheiten und wurde 1868 zum aufserordentlichen Professor er

Seine bedeutendste Veröffentlichung dermatologischen Inhalts ist
das *Handbuch der Vaccination* (Leizig 1875); aufserdem bearbeitete
Gerhardts *Handbuch der Kinderheilkunde* das Kapitel der Hautkrankh

Von sonstigen Publikation Bohns sind für den Leser dieser *M*
hefte von Interesse: Die Transmission der Syphilis durch Vacci
(*Schmidts Jahrbücher.* 1863. Heft I); Der Zoster im Kindesalter (*Ja*
f. Kinderheilkunde. II. Bd. 1869); *Über Bedeutung und Wert der S*
pockenimpfung. 2. Aufl. Leipzig 1872; Das Impferysipel und seine
tung für die Erysipelaslehre (*Jahrbuch für Kinderheilkunde.* 1875); Bed
gegen die Kontagiosität des Pemphigus acutus neonatorum und sein
hängigkeit von der physiologischen Hautabschuppung in der ersten L
woche (Ebenda 1876); Zur Ätiologie des Ekzems im frühen Kind
(Ebenda 1883), und Das klimaterische Ekzem (*Deutsches Archiv f. kl*
Medizin. 1886).

Aufserdem verfafste Bohn eine Reihe wertvoller Abhandlunge
dem Gebiete der internen Medizin, die letzten noch im vergangenen
als er den Keim des Todes bereits in sich trug.

Bohn war, wie Prorektor und Senat der Universität ihm mit
nachrühmen, „eine ideal angelegte Natur, voll Verehrung für alles
und Schöne."

Seine Hingabe an die Wissenschaft verdient um so gröfsere Bew
rung, als er Anregung und Beobachtungsmaterial zu seinen Arbeite
schliefslich seiner umfangreichen, allgemein-ärztlichen Praxis entn
konnte.

Der Wunsch, ein Krankeninstitut seiner Leitung unterstellt zu
ist ihm versagt geblieben. P. Michelson.

Unser Freund und langjähriger Mitarbeiter Herr Dr. Paul Mich
hat sich mit einem Vortrage über Tuberkulose der Haut- und N
schleimhaut am 18. Februar dieses Jahres zu Königsberg habi
Wir sind in der erfreulichen Lage, unsern Lesern mitteilen zu kö
dafs wir trotz seiner Habilitation für Rhinologie und Laryngologie
ganz auf die geschätzte Mitarbeiterschaft unsers alten Freundes in Zu
verzichten müssen.

Aus der Praxis.

Korrespondenz.-Kasuistik.

No. 16. Zur schwarzen Haarzunge.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Angeregt durch die interessante und gründliche Studie des Kollegen Herrn Dr. Brosin „Über die schwarze Haarzunge", *Dermatologische Studien.* Heft 7. (Ergänzungsheft I. 1888 zu *Monatsh. f. pr. Derm.*) erlaube ich mir, Ihnen einen kurzen, leider nur kasuistischen Beitrag zu dieser Frage einzusenden.

Seit mehr als 7 Jahren ist mir ein (ausgangs des Jahres 1880 44 Jahre alt gewesener) Herr L. . . . bekannt, der, früher höchst wahrscheinlich syphilitisch infiziert, zu der oben angegebenen Zeit schon länger als Jahresfrist an den Erscheinungen der Tabes dorsalis litt (leichte Ermüdung, ataktischer Gang, Rombergsches, Westphalsches Symptom vorhanden, Störungen der Urinexkretion, Erlöschen der Potenz etc. etc.). Seit dem Februar 1881 hatte ich den Kranken aus dem Gesicht verloren, bis sich mir derselbe Anfang Dezember des Jahres 1886 wieder vorstellte. Die ehedem vorhanden gewesenen Zeichen der Tabes bestanden noch fort, es waren aber die oberen Extremitäten, wie vor Jahren, frei geblieben, ebensowenig bestanden Lähmungen der Augenmuskeln oder Doppeltsehen, die Pupillen waren gleich, mittelweit, auf Licht gut reagierend, das Sehvermögen war intakt. Die früher bei gröberer Untersuchung nicht nachweislich gestörte Sensibilität an den unteren Extremitäten war jetzt (1886) in sofern nicht mehr unversehrt, als die Schmerzempfindung entschieden herabgesetzt und gegenüber der taktilen deutlich verspätet wahrgenommen wurde.

Zugleich aber hatten sich in der letzten Zeit eigentümliche, besonders nachts auftretende Anfälle von Kitzel im Halse, Husten und Erstickungsgefühl (crises laryngées) eingestellt, welche eben den Kranken veranlafsten, bei mir vorzusprechen. — Die Inspektion der Schlund- und Mundhöhle ergab nun in bezug auf die eben erwähnten Anfälle, wie zu erwarten, keinen besonderen Befund; bei der Intaktheit der Stimmbildung hatte ich auch von einer laryngoskopischen Untersuchung Abstand genommen, um so mehr, als bei dieser einmaligen Konsultation (nachher habe ich den Kranken nicht wiedergesehen) meine Aufmerksamkeit durch den Befund einer schwarzen Haarzunge vollauf in Anspruch genommen wurde.

Es zeigte sich nämlich die Zunge an beiden Seiten, besonders aber links in dem hinteren, der Mittellinie nahe liegenden Bezirk, weniger in ihrer rechten Hälfte, und dort gerade in der Mitte, sodann in einer beide Zungenhälften trennenden, etwas vertieften Längsspalte, und schliefslich in

einem schmalen Ausläufer auch in der vorderen linken Zungenpar
deckt von einem dunkelschwarzen, an einzelnen Stellen durchaus an T
färbung erinnernden Belag, welcher aus den in dieser Weise tingierte
verlängerten fadenförmigen Papillen der Zungenschleimhaut bestand
kratzte sofort, soviel mir möglich war, von diesem Belag ab und
suchte ihn frisch unter dem Mikroskop: hier erhielt ich im wesent
Bilder, wie sie HENLE in seinem *Handbuch der Eingeweidelehre des*
schen. Braunschweig 1866. S. 122 und 123 abbildet (Fig. 80. Fig.
die verhornten, die Papillen dachziegelförmig deckenden Epithelien z
eine mehr oder weniger dunkelbräunliche Färbung; über etwaige par
Bildungen neben oder zwischen den Epithelzellen kann ich Besti
leider nicht aussagen, da mir Zeit und Gelegenheit fehlten, die
suchung nach dieser Richtung hin auszudehnen und zu vertiefen. —
eigentümliche, ihm zwar nicht angenehme, aber sein Allgemeinbe
nicht wesentlich störende Geschmacksperversion, die indessen näher
charakterisiert wurde, gab Patient zu: angeblich hätte er diese Veränd
schon seit 13 Jahren (Angabe vom 1. Dezember 1886), also auch
längere Zeit vor dem Beginn der tabischen Erkrankung an sich be
neben häufigerem Auftreten von Rötung und Schweifs an der ges
linken Körperhälfte, vornehmlich am Gesicht. Ob diese letztere E
nung gerade nur beim Essen aufgetreten, war nicht sicher zu eruiere

Wie eingangs bemerkt, war der Kranke in früheren Jahren s
tisch gewesen und hatte wahrscheinlich eine Schmierkur durchge
Ziemlich sicher ist es ferner, dafs er wegen seines Rückenmarkl
längere Zeit (Genaueres kann ich leider darüber nicht angeben) Arg
nitricum in Pillenform genommen hat. — Nun kommt zwar durc
längere Zeit fortgesetzte Applikation von Höllenstein in Substan
Lösung auf Wundflächen oder Schleimhäuten eine lokale partielle A
zu stande (vgl. BEHREND, Argyria. EULENBURGS *Real-Encyklopädie.* I.
1885). — Der mikroskopische Befund zeigt dann aber den durch di
lagerung der Silberkörnchen entstandenen schwarzen Saum nicht
Epithellagen, sondern den obersten Grenzschichten der Cutis abge
während gerade bei der schwarzen Haarzunge, wie eben speziell
nachgewiesen, die dunkle Färbung an die Epithelien gebunden ist, w
es in diesem meinen Fall gleichfalls gesehen habe. —

Berlin, 30. März 1888. Prof. M. BERNHARDT

No. 17. Ein Kollege bittet um verläfsliche **Rezepte von Ure**
bacillen, ohne Jodoform, zur Behandlung von akuter und chron
Gonorrhöe.

No. 18. Wer liefert **anatomische Wandtafeln,** die männ
Sexualorgane im Durchschnitt und natürlicher Gröfse darstellend?

Dr. T. in B.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Ha

atshefte für Praktische Dermatologie.

II. No. 9. 1. Mai 1888.

lem Unnaschen Laboratorium für Dermatologie in Hamburg.

Über Doppelkomedo.

Von

Dr. E. von Düring,
praktischer Arzt in Hamburg.

Mit 2 Abbildungen.

Doppelkomedo bietet klinisch kein grofses Interesse, ist er anatomisch schon deshalb interessant, weil die g seiner Entstehung und seine Histologie noch streitige ind.

Frage, welche uns zunächst interessiert, ist die, ob omedonen angeboren vorkommen, oder ob sie etwas Er- sind.

er Diskussion über den (in No.2 d.J. der *Monatshefte* erschie- rtrag von Ohmann-Dumesnil auf den Kongrefs in Washing- te Unna seine schon früher ausgesprochene Ansicht, dafs omedonen erworbene, und zwar im Anschlufs an Ulce- ozesse entstandene Bildungen seien.

ächst spricht gegen eine andre Entstehungsweise die gische Entwickelung der Talgdrüsen; niemals finden sich en mit 2 Ausführungsgängen, selbst nicht an der Nase Akne geborenen Kinder. Wohl münden mehrere Talg- n einen Haarfollikel, nie aber zeigt eine Drüse mehr als usführungsgang.

iter spricht die klinische Thatsache dafür, die jeder bei Aufmerksamkeit wird bestätigen müssen, dafs wir Doppel-

komedonen stets nur in der unmittelbarsten Nähe von N
finden; sei es, dafs es sich um Variola, Vaccine, Furunkeln
wohl am häufigsten um Aknenarben handelt, sei es da
Schnittwunden, z. B. Schmisse im Gesicht, oder Bubonen
vor uns haben — stets werden, wenn auch oft ganz min
Narben bei genauem Beobachten gefunden werden. Un
sprechend braucht man nach Doppel- (oder mehrfachen) K
donen nur in der Nähe von Narben zu suchen und wir
stets solche finden; das beste Feld in der Hinsicht bieten
viduen, die an Akne leiden oder gelitten haben. —

Das Wie? der Entstehung der Doppelkomedonen
mehrfache Beantwortung erfahren, — das Gemeinsame, Auss
gebende ist aber stets, dafs irgend eine Verletzung vorausgeg
ist mit Eröffnung des Ausführungsganges intrakutan, di
„secunda intentio" — im weiteren Sinne des Wortes
heilt ist.

Nehmen wir schematisch eine Talgdrüse mit ihrem
führungsgange. Ein Schnitt trifft nun, seitlich durch die
geführt, den Ausführungsgang; bei einer Operationswunde
der Stichkanal einer Nadel. Während die Wunde im g
primär heilt, tritt an einer Stelle eine secunda intentio ein
hat nun das sowohl aus dem Ausführungsgange der Drüse
von der Oberfläche, und vielleicht aus den Knäueldrüsen h
wuchernde Epithel das Bestreben hineinzuwuchern und verh
damit den Verschlufs des gebildeten Hohlraumes, — entspre
wie die Verklebung „kallöser Ränder" mit der Unterfläch
durch verhindert ist, dafs nicht nur vom Rande her das E
unter den überhängenden Rand hinuntergewuchert, sondern
aus den vereiterten Haarfollikeln und aus den Knäuel
herausgewuchert ist. Wir haben dann als Resultat der H
eine „Talgdrüse mit doppeltem Ausführungsgang", einen D
komedo.

Oder wir haben einen Patienten mit Akne vor uns
öffnen eine Aknepustel und drücken den darin enthaltene
medo nebst Eiter heraus; während wir aber an dieser
Stelle einen Druck ausüben, sehen wir in der Nähe an
oder mehreren Stellen ebenfalls aus Follikelöffnungen sich

en. Das zeigt uns, dafs subepithelial eine durch eiterige
zung des Gewebes gebildete Kommunikation besteht;
also, auf die gleiche Weise wie vorhin angegeben, nur
ünstiger, Gelegenheit zur Bildung von Doppel- oder mehr-
Komedonen gegeben.

ir können uns nun theoretisch schon klar machen, was
histologische Untersuchung ergeben mufs.

ntweder die Drüse oder die Drüsen mit ihren Ausführungs-
sind vollständig vereitert. (Wir führen diesen Fall nur
en die, welche den Doppelkomedo als einen einfachen,
, subepithelialen Gang erklären.) In dem Falle wird sich
heinlich überhaupt kein Gang bilden; und wenn sich ein
pithel ausgekleideter Gang bildete, so könnte er keine
onen neu produzieren. Jeder Doppelkomedo aber, der
nem Gange herausgequetscht wird, entwickelt sich nach
Zeit von neuem, d. h. also der Gang des Doppelkomedo
it Sekretionsorganen in Verbindung stehen.

ler weiter, es könnte eine Drüse vereitert sein, dagegen
eine Kommunikation zwischen zwei Ausführungsgängen,
nen der eine seine Drüse noch hat; theoretisch liefse sich
n weiter verfolgen, so dafs wir bei jedem mehrfachen
o auch wieder eben so viele Drüsen erwarten könnten,
Komedonenköpfe"; das aber steht fest: eine Drüse müssen
i jedem Doppelkomedo finden. Merkwürdigerweise ist
Punkt noch garnicht beachtet — auch beim einfachen
o hat bis jetzt niemand seine Aufmerksamkeit darauf
t, was eigentlich aus den Talgdrüsen wird.

s sei uns deshalb gestattet, ehe wir die für unsre Ansicht
enden Präparate für Doppelkomedo beschreiben, mit einigen
auf die Befunde am einfachen Komedo einzugehen.

er Komedo wird als eine Erkrankung der Talgdrüse be-
t, bei der eine Erweiterung des Ausführungsganges und
ung desselben durch einen aus abgestofsenen Epithelien
ebum bestehenden Pfropf veranlafst wird. (Über die Ur-
, sei es der Verstopfung, sei es der Hypersekretion, über
naueren histologischen Details behalten wir uns eine spätere
ung vor.) Wenn ein Follikel entleert ist, so füllt er sich

häufig nach einiger Zeit wieder; die Drüse muſs also noch handen sein; geht, wie es ja häufig ist, mit dem Ablauf Pubertätszeit die Neigung zur Komedonenbildung in — sit v verbo — normale Grenzen zurück, so wird wahrscheinlich k mehr eine nachweisbare Veränderung der Drüsen bestehen. aber die Komedonenbildung persistiert, oder wo im Ausführu gang ein mächtiger Propf längere Zeit steckt, wird dadurch Druck auf das umgebende Gewebe und damit auch auf Drüse ausgeübt und so allmählich eine Atrophie der D herbeigeführt.

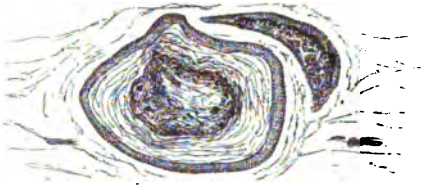


Fig. 1.

Fig. 2.

Hierfür bringen wir in Fig. 1 das beweisende Präparat

Es finden sich übrigens fast nirgends Abbildungen, w von Komedonen noch von Doppelkomedonen-Präparaten in und wo sie sich finden, fehlt überall die Drüse (s. *Monats* No. 2 d. J. Ohmann-Dumesnil. Vom Doppelkomedo; Ka *Pathol. und Therapie der Hautkrankheiten.* 1886. pag. 178

Es gelang uns sowohl in senkrechten, wie in wagerec Schnitten (Fig. 1) durch den Komedo die Drüse nachzuwe und zwar, wie wir theoretisch vorausgesetzt hatten, in durch atrophischem Zustande. Der Komedo sitzt im Ausführungsga und seitlich der eigentliche Drüsenrest; besonders im wagerec

itt durch die Drüse ist die durch Kompression entstandene attung der Drüse sehr deutlich.

Dafs wir bei jedem Doppelkomedo eine Drüse finden en, haben wir schon theoretisch entwickelt. Aber in der kann hier natürlich eine gröfsere Mannigfaltigkeit vorchen, als beim einfachen Komedo. Während wir da, wo ulcerativen und später vernarbenden Prozesse vorausgeen sind, die Drüse stets als unmittelbares Appendix des erten Ausführungsganges zu suchen haben, braucht die beim Doppelkomedo durchaus nicht mehr in der direkten etzung des Ausführungsganges zu liegen.

Der Ausführungsgang wird in dem von der Verletzungsstelle ur Drüse hin gelegenen, unteren Teil nicht an der Diladurch den Komedo teilnehmen; so wird er dann einesmit der Drüse durch die Ausdehnung des Komedonens zur Seite geschoben. Aufserdem können vielleicht auch die in der Umgebung sich geltend machende Narbenon Drüsengang und Drüse im gleichen oder auch entgegenten Sinne verlagert und in die Länge gezogen werden.

Ob die Form des Komedonenganges von vornherein eine atte, „wurstförmige" ist, oder ob die auskleidenden Epian den Stellen, wo zwei Gänge sich zu einem Gange den, zunächst Leisten überklettern, die später durch den des Komedo ausgeglichen werden, wollen wir hier unentenlassen.

Es gelang uns, die Verhältnisse, wie wir sie vorhin theorekonstruierten, nun auch thatsächlich am Präparat nachsen. Fig. 2 zeigt uns einen vertikal getroffenen Doppelo. (Osmium-Alkoholpräparat, in Celloidin zwischen Leber itten.)

Rechts auf der Zeichnung haben wir den primären erweiAusführungsgang, links den sekundär entstandenen; durchd durch die ganze Schnittserie ist die Mündung des primären hrungsganges bedeutend gröfser, als die des sekundären.

Durch ein Trauma, durch eine Ulceration ist der Ausngsgang an der Stelle, von der ab wir ihn in normaler auf der Zeichnung sehen, getroffen und eröffnet; durch den

Druck des Komedo atrophierte die Drüse bis zu ihrer nachweisbaren Reste und der dem Komedo parallel l Ausführungsgang, dessen oberes Ende zum Komedo sel hört, wurde durch Narbentraktion so zu der jetzt beste Form und Länge ausgedehnt. — Höchst interessant spiralige Drehung des zentralen Kanales im Ausführun der Talgdrüse, durch welche derselbe an eine Schweifsp innert; dieselbe ist offenbar hervorgerufen durch die Hen welche die Exkretion des Talges durch den Komedo erfäh in seiner Fortbewegung gehinderte Talgpfropf nimmt durch schub aus der noch sezernierenden Talgdrüse naturgemä spiralige Drehung an.

Worauf wir schon oben hingewiesen haben, könnte m unter Umständen auch einen Doppelkomedo mit zwei resten finden, wenn zwei Ausführungsgänge durch subepi Ulceration, ohne Zerstörung der zugehörenden Drüsen, in munikation gebracht wären. —

Die zwei Punkte, die wir durch unsre Zeilen dar wünschten, sind also:

1. Doppel- oder mehrfache Komedonen sind stets Verletzung, resp. Ulcerationsprozesse erworbene Gebilde.

2. Jeder Komedo, ein- oder mehrfach, steht noch mi meist stark atrophierten Talgdrüse in Verbindung.

Die Anwendung des Chloroformwassers zur Lösu von Medikamenten.

Von

P. G. Unna.

Zur selben Zeit, als Herr Dr. Mielck (s. dieses Heft pa die fäulniswidrige Eigenschaft des Chloroforms einer Prüf bezug auf praktisch pharmazeutische Verhältnisse un versuchte ich, ebenfalls angeregt durch die bekannte Empf Hagers, die antiseptischen und antimykotischen Eigenschaft Chloroformwassers für die subkutane Therapie zu verw

Schon früher hatte ich für histologische Zwecke das C

vasser als Verdünnungsmittel der leicht schimmelnden Lö-
n des Karmins empfohlen (s. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1886.
) und auch sonst überall dort, wo wässerige Lösungen
Reagenzien mykotischer oder bakterieller Zersetzung leicht
nfielen, diesem Übelstande durch Unterschichtung der Lö-
n mit wenigen Tropfen Chloroform und stets in vollständig
chender Weise vorgebeugt.

Es lag gewifs nichts näher, als die Zersetzung der Alka-
besonders des Morphiums und Atropins, des Ergotins, der
ERSchen Lösung u. s. f., ebenfalls durch Ersatz des gewöhn-
destillierten Wassers mittels Chloroformwassers zu ver-
rn. Es fragte sich nur, ob der schwache Gehalt an Chloro-
nicht anderweitige Nachteile für die therapeutische Anwendung
sich ziehen würde.

In der That erzeugt das Chloroformwasser bei der subkutanen
kation hin und wieder ein leichtes Brennen und ein oft
bis zum nächsten Tage dauerndes Gefühl, als ob an der
fenden Stelle eine Quetschung stattgefunden hätte, ohne
eine Verfärbung wie nach Blutextravasation auftritt. Diese
renehme lokale Empfindung macht sich in diesen Fällen
geltend, wenn das Chloroformwasser als Excipiens für Mor-
n dient, während die sonstige Wirkung des Morphiums
ot eintritt.

Anderseits gibt es aber Patienten, welche gar keine sub-
ve Empfindung bei der Applikation der Aqua chloroformiata
üren, und besonders schien mir die intramuskuläre Glutäal-
tion stets schmerzlos zu verlaufen.

Wo nun erst das eingeführte Medikament selbst erhebliche
erzen bei subkutaner Applikation verursacht, wie die Arsen-
das Ergotin, der Sublimat[1], da kommt die Lokalwirkung
Chloroforms überhaupt nicht in Betracht. Im Gegenteil
fen derartige Applikationen schmerz- und reaktionsloser als
Lösung derselben Medikamente in destilliertem Wasser oder
ologischer Kochsalzlösung.

---

[1] Bei letzterem Mittel wurde das Chloroformwasser natürlich nicht
s Sterilisierung, sondern experimenti causa angewandt.

Eine Allgemeinwirkung der kleinen Quantitäten des eingeführten Chloroforms war nicht wahrzunehmen; nur bei einen Patienten schienen die Injektionen Müdigkeit he zurufen.

Hiernach würde der Ersatz des destillierten Wassers d Chloroformwasser vor allem bei der Darstellung der Sol Fowleri und sämtlicher Ergotinpräparate zu empf sein, welche so leicht der Verschimmelung anheimfallen. sonders gilt dieses auch für den inneren Gebrauch d Präparate, wo ja auch noch die subjektive, unangenehme pfindung wie bei subkutaner Applikation wegfällt und schwache Gehalt an Chloroform nur günstig, nämlich gär hemmend und bei öfterem Gebrauche nervenberuhigend, v

Die Solutio Fowleri speziell lasse ich deshalb zu me Gebrauche, intern und extern, nur noch mit Chloroformw anfertigen und glaube sogar, dafs damit zugleich das vielgesu ideale Excipiens des Kali arsenicosum (klar, steril bleibend, eigentümlichem Geruche) gefunden ist.

Sodann wäre jetzt schon der Zusatz einiger Tropfen Ch form zum Morphium überall dort anzuraten, wo zur Behan schmerzhafter Lokalaffektionen neben der direkt schmerzstill Wirkung des Morphiums ein örtlicher leichter Reiz erwü ist (z. B. Trigeminusneuralgien, Zahnschmerzen etc.).

Sollte sich bei Anwendung des Chloroformwassers in wei Kreisen herausstellen, dafs die hin und wieder von mir statierten Reizsymptome relativ nur selten auftreten, so seine Anwendung zur Lösung sämtlicher Alkaloide ins zu fassen. Jedenfalls ist diese Form heute schon für den in lichen Gebrauch derselben leicht zersetzlichen Substanze die beste unter den bekannten zu bezeichnen.

Pathologie und Therapie der Alopecia areata.

Von

A. R. Robinson. M. B. L. R. C. P. & S. Edin.

or der Dermatologie an der New Yorker Poliklinik und Professor rmatologie und Histologie an dem Med. Kollegium für Frauen zu New York.

g, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilographie es internationalen medizinischen Kongresses zu Washington.

(Übersetzt von Frau Robinson.)

ine Herren! Der Versuch, eine allgemeine Diskussion lopecia areata zu eröffnen, ist eine ziemlich schwierige , da wohl kaum ein Gegenstand in der Dermatologie Anlafs zu wissenschaftlichen Diskussionen gegeben hat, orüber solch entgegengesetzte Meinungen existieren, als er die Ätiologie dieser Krankheit. Die Anhänger des ren Ursprungs haben, um das positive Vorhandensein von men oder die fast unleugbare Gewifsheit ihres Bestehens ätiologischen Faktor der Krankheit zu beweisen, sowohl s Argument auf Grundlage mikroskopischer Untersuchung aare und der Epidermis der affizierten Teile beigebracht, h Schlüsse und Analogien, die sie aus den klinischen men und den Resultaten der Behandlungsmethode ge- gleichzeitig haben sie versucht zu zeigen, dafs weder klinischen Symptomen noch sonstwie eine wirkliche igung für die trophoneurotische Theorie bestehe. Und its behaupten jene, welche die Krankheit als Neurosis ten — und diese sind gegenwärtig weitaus die Mehrzahl derselben Bestimmtheit, dafs die klinischen Symptome die einer parasitären Krankheit seien, und dafs es den kopischen Untersuchungen nicht gelungen sei, irgend einen smus, welcher eine sichere ätiologische Verwandtschaft fektion habe, nachzuweisen; ferner, dafs alle Symptome ankheit, sogar die eigentümliche Art und Weise der Ver- g der affizierten Stellen an der Peripherie, nicht allein egen, sondern sogar für den neurotischen Ursprung sprächen. ls unparteiischer, ja sogar vielleicht einigermafsen als in-

kompetenter Beurteiler über den Wert der Aussagen und
nungen der Verteidiger beider Theorien werde ich nu
Kürze über die beiderseitigen Argumente, so wie sie u
auf den heutigen Tag durch ihre besten Vertreter über
wurden, eine Übersicht und Kritik geben und auf diese
versuchen heraus zu finden, ob wir durch die beigebr
Thatsachen über die Ätiologie — das Resultat eines Stu
der Symptome, den natürlichen Verlauf, Ergebnisse der Be
lung und mikroskopische Untersuchungen — berechtigt sind,
definitiven Schlufs über die Ursache der Krankheit zu zieh

Bevor wir die parasitäre Theorie annehmen, sollte
wiesen werden, dafs im Anfange der Krankheit imme
bestimmter Organismus vorhanden sei, ein Organismus, d
normalen Zustande nicht gefunden wird oder eine inner
ziehung zu andern pathologischen Zuständen hat; dafs die
logisch anatomischen Veränderungen in den affizierten
das direkte oder indirekte Resultat ihres Vorhandenseins
oder endlich, dafs die Krankheit ansteckend sei.

Kulturen und Inokulationen würden, wenn erfolgreic
Ansicht über ihre positive ätiologische Bedeutung sell
ständlich bestätigen, doch ist dieses nicht absolut notwendi

Ich betone, dafs im Beginn ein Organismus vorhande
mufs. Im Falle jedoch die Weiterverbreitung der affi
Stellen aufgehört hat, würde die Abwesenheit von Orga
kein Gegenbeweis für deren Existenz in einem früheren a
Stadium sein, da das ununterbrochene Bestehen einer, ihre
malen Haare beraubten Hautarea das Resultat von anatom
Zuständen des affizierten Teiles, durch das frühere Vorhand
von Organismen hervorgebracht, gewesen sein kann, wi
permanenten Alopeciestellen infolge von Favus beweisen.

Desgleichen, wenn wir Organismen finden, welche
auf noch in der Haut bei irgend einer andren Krankhei
kommen, und deren Lage, Anzahl etc. etc. die patholo
anatomische Veränderung des affizierten Teiles, in welche
gelagert sind, deutlich erklären würde, so könnte jede
Auslegung nicht als wahrscheinlich erachtet werden, denn
Ansicht nach würden wir, so lange das Entgegengesetz

sen bliebe, berechtigt sein, dieselben als Urheber anzu-
en, wie bei Pityriasis versicolor.

Sobald die Krankheit ansteckend ist, und ich verstehe
ter den positiven unbestreitbaren Beweis von deren Vor-
ien und nicht eine mögliche Koinzidenz derselben Krank-
wenn sie bei Personen die zusammen leben, vorkommt —
ontagiöse Kraft, wie wir sie bei Masern beobachten —, dann
es nach unsrer heutigen Kenntnis über Bakterien un-
sein, den Organismus als Ursache der Krankheit mikros-
ch zu demonstrieren.

Bevor wir die neurotische Theorie als richtig annehmen,
der klinische Verlauf ausgesprochen nach jener Richtung
isen, oder die mikroskopische Untersuchung sollte in den
ngeweben, oder in der Haut, Veränderungen einigermafsen
ähnlich zeigen, die in der wohlbekannten Neuritis vor-
en; oder endlich sollte man imstande sein, die Krankheit
imentell hervorrufen zu können, indem man gewisse Be-
igungen an bestimmten Teilen des Nervensystems erzeugt.
Die Verteidiger dieser Theorie sollten ebenfalls beweisen,
die beinahe immer kreisförmige Form der affizierten Stellen
hre Art, sich an der Peripherie zu verbreiten, ebenso wie
andre Merkmale mit ihrer Ansicht vereinbar seien; dafs
ge anatomische Veränderungen, wenn irgend welche vor-
en sind, als das Resultat trophischer Nutritionsstörungen
nt seien; und schliefslich dafs, sobald eine Alopecie durch
se Experimente erzeugt worden ist, alle die Stellen in jeder
hung die eigentümlichen Merkmale von der gewöhnlichen
ecie wirklich besitzen.

Die kritische Beurteilung, die ich über die Ansichten der-
en Herren, die über diesen Gegenstand geschrieben haben,
Begriff bin zu machen, wird auf die vorhergehenden Bedin-
en als Beweis der Verursachung basiert sein, indem ich auf
klinischen Symptome der Krankheit, die anatomischen Ver-
rungen, wie sie bisher beschrieben worden sind, und auf die
ltate der verschiedenen Behandlungsmethoden, als augen-
nlichen Beweis für oder gegen die beiden Theorien, mich
en werde.

Vorerst wollen wir den Wert der aufgestellten Arg
derer, welche an den parasitären Ursprung glauben,

Und bei dieser Gelegenheit möchte ich bemerker
meiner Ansicht nach keine hinreichenden Gründe für d
teilung der Alopecia areata in Formen, welche von der
der Ausdehnung der affizierten Area abhängen, gegeben
sind; denn, mindestens dem Anscheine nach, ist die Ä
so wie die Art der Verbreitung und Beschaffenheit der af
Teile, dem klinischen Verlaufe nach, einander ähnlich,
Krankheit auf eine einzelne kleine Stelle beschränkt ist,
mehrere von verschiedener Gröfse begrenzte Stellen vork
oder schliefslich, ob der ganze Körper haarlos geworden i

Gruby, Malassez, Eichhorst, Thin, Buchner, Lass
von Sehlen dürften als die Hauptbeobachter gelten,
durch ihre Studien und Argumente den Ursprung dieser
heit durch Organismen zu beweisen versucht haben.

Es ist bereits vor langer Zeit durch eine Reihe von
Beobachtern entschieden worden, dafs der von Gruby b
bene Pilz (Recherches sur la Nature, le Siège et le
pement du Porrigo Decalvans ou Phytoalopecie. *Comp*
de l'Acad. des Sc. 1843) der Trichophyton tonsurans, und
von Malassez (Note sur le champignon de la Pelade.
de Phys. norm. et path. 1874. I. 203) ein zufälliger,
Haut nicht sehr selten vorkommender Organismus ist, d
zur Krankheit Alopecia areata nicht die geringste Be
habe.

Eichhorst (Beobachtungen über Area Celsi. *Vi*
Archiv. Bd. 78. pag. 197—209) fand Sporen in erk
Haaren ein mal bei neun untersuchten Kranken. Sie
sich zwischen dem Haar und der Wurzelscheide vor, färbt
nicht in Bismark-Braun und bestanden aus runden Ele
von gelblich brauner Farbe, an Gröfse verschieden, die kl
davon glänzende homogene Körper, und die gröfseren u
roten Blutkörperchen gleichend, mit einer hellen doppelte
tur. Bei letzteren wurde öfter ein schmaler, glänzend
durchsichtiger Körper gesehen. Der gewöhnliche Sitz der
befand sich zwischen dem Haar und der innern Wurzels

l zuweilen auch ein solcher zwischen den Epithelzellen
rzelscheide vorgefunden wurde.
ıch wurden Sporen an den Haaren, so weit als die
scheide mit dem Schaft verbunden geblieben war, nämlich
oberen zwei Dritteilen des Haarbalges, gefunden; Mycelien
jedoch nicht vor. Er dachte dafs jener Pilz mit Tinea
or verwandt sei.
Buchner (Über Pilze bei Area Celsi. *Sitzung des ärztl.
in München.* 1877. — Kritische Bemerkungen zur Ätio-
er Area Celsi. *Archiv f. patholog. Anatomie.* 1878. Bd. 74.
7) hält die Krankheit im Ursprung für parasitär, obwohl
ıen speziellen Pilz zu finden imstande war. Er gibt als
ögliche Ursache, dafs dieser Pilz so selten von den Be-
rn gefunden wird, den kleinen Umfang der Organismen
e Unzulänglichkeit der Linsen an, und erwähnt der wohl-
ten Thatsache, dafs die Anwesenheit einzelliger nicht
erter Organismen möglich sei, welche von leblosen Körn-
icht zu unterscheiden oder durch Gewebe verdeckt seien
adurch der Beobachtung entgehen. In einem Falle ver-
er Kulturen und fand den nämlichen Pilz bei acht
hen vor, der von ihm sonst nie als zufälliger Befund
den Organismen in der Luft beobachtet war. Derselbe
n in Form kleiner, glänzender, scharf begrenzter Körper-
mit zwei fadenähnlichen Ausläufern in entgegengesetzten
ngen. Jedoch behauptet er nicht mit Gewifsheit, dafs
Pilz derselbe sei, welcher Alopecie verursache; immerhin,
tet er die Symptome und die Art der Verbreitung
ıen hinreichenden Beweis für die parasitäre Natur der
ıeit.
r. Geo. Thin (Alopecia Areata und Bacterium decalvans.
sh. f. prakt. Dermat. 1885. 8. pag. 241. *Proceedings of
yal Society.* XXXIII. 1881. No. 217. On Bacterium
ans; an organism associated with destruction of the hair
pecia areata) fand kleine, glänzende Körper in dem Haar-
und zwischen dem Schafte und der Wurzelscheide, welche
ohl durch ihre Anordnung wie andern Eigenschaften als
ismen betrachtet. Er glaubt, dafs der Pilz in den Haarbalg

zwischen der inneren Wurzelscheide und dem Schafte ei
die Haarsubstanz gegen die Wurzel zu durchdringt un
vermehrend, im Haare aufwärts steigt, es lockert un
spalten macht.

VON SEHLEN (Zur Ätiologie der Alopecia areata.
kokken bei Area Celsi. *Fortschr. der Mediz.* 1883. 23. pa
Zur Ätiologie der Alopecia areata. *Ärztl. Intelligbl.* 1
pag. 317. *Virchows Archiv.* Bd. 99. pag. 327) färbte sei
parate nach einer besonderen Methode und machte au
gewissen durch ihn beobachteten Organismen Kulture
fand, besonders in dem äufseren Teile des Haarbalges, Mikro
oberhalb der Talgdrüsenöffnung, aber in einigen Fälle
weiter unten in der Höhe der Papille. Sie kamen n
allen Haaren vor, aber meistens in jenen mit erhaltener
scheide. Ohne Zweifel zeigen seine Bilder dies Besteh
Mikrokokken, und noch dazu in Kolonien. Er machte K
und Inokulationen, aber ungeachtet des nach der Inok
beobachteten Ausfallens von Haaren hat der auf diese
erzeugte Verlauf der Krankheit nicht sehr genau der g
lichen Alopecia areata geglichen.

Andre Beobachter haben ebenfalls diesen Gegenstand be
und Organismen in den Haarbälgen beschrieben, da ab
Beobachtungen uns nicht mehr Beweis, als jene schon angef
geben, ist es nutzlos, auf sie hinzuweisen, da die nä
Argumente, welche gegen die obigen Beobachtungen auf
werden müssen, auch für diese gültig sein werden.

Bevor wir den Wert dieser Beobachtungen berücksi
ist es nötig, einige der Symptome und den klinischen
der Krankheit, worauf ich nun in Kürze die Aufmerk
lenken werde, vor Augen zu haben.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Lehre vom Lichen ruber.

Von

Dr. S. Róna,

ordinierender Primararzt in Budapest.

eit Hebra eine Krankheitsform mit dem Namen Lichen lativus ruber belegte, entwickelte sich für dieselbe aller- ein reges Interesse. Trotzdem aber können wir auch heute nicht sagen, dafs wir dieselbe in allen ihren Phasen n und dafs wir in der Auffassung und Darstellung des n ruber auch im entfernteren einig wären.

ch habe mir in der folgenden Arbeit zur Aufgabe gestellt, ichen ruber der Wiener Schule, als deren indirekter Schüler nich bekenne, mit dem Lichen ruber der englischen und sischen Schule, mit dem Lichen ruber der amerikanischen, hen und ungarischen Autoren zu vergleichen und an der der Ergebnisse die strittigen Punkte zu beleuchten.

Litteratur.

ATHAN Green. *Compendium der Hautkrankheiten.* Deutsche Ausgabe. eimar 1836.

R. Robinson. *Lichen ruber and planus.* New-York 1883.

Cazenave u. H. E. Schedel. *Prakt. Darstellung der Hautkrank- ten.* Deutsche Ausgabe. Weimar 1829.

VERGIE, Alph. *Traité pratique des maladies de la peau.* 3. édit. ris 1863.

TEMAN. *Prakt. Darstellung d. Hautkrankheiten nach d. System d.* LLAN. A. d. Engl. von L. Calman. Leipzig 1835.

BRA. *Akute Exantheme und Hautkrankheiten.* Erlangen 1860.

BRA u. Kaposi. *Lehrb. d. Hautkrankheiten.* Erlangen 1874.

NA. Zur Klinik u. Therapie des Lichen ruber. *St. Petersburg. d. Wochenschr.* 1884. No. 45. Ref. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1885. g. 133.

SIADECKI. *Zur Anatomie des Lichen ruber exsud. Untersuchungen aus n path. Institut zu Krakau.* Wien 1872. Ref. *Vierteljahresschr f. rmath. u. Syph.* 1872. pag. 419.

TULOVITZ. *Beitrag zur Path. u. Therapie des Lichen ruber exsud.* f. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1877. pag. 259.

LTON Fagge. Ref. *Archiv f. Dermat.* 1870. pag. 632.

11. Köbner. *Berl. klin. Wochenschr.* 1884. No. 33.
12. Colcott Fox. Über den neurotischen Ursprung des Lichen *Brit. med. Assoc.* 1879. Ref. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syp* pag. 115.
13. Köbner. Beschleunigte Behandlung des Lichen exsud. rube subkut. Arseninjektion. *Deutsche med. Wochenschr.* 1881. No.
14. Neumann. Über eine noch wenig gekannte Hautkrankheit. *Vier schrift f. Dermat. u. Syph.* 1875. No. 4.
15. — *Lehrbuch der Hautkrankeiten.* Wien 1869.
16. — — — — 4. Aufl. Wien 1876.
17. G. Lemoine. Note sur une varieté de lichen plan. *Annales de* 1883. pag. 327.
18. Ernest Chambord. Lichen hypertrophique et nigritie. *Annales de* 1883. pag. 511.
19. Tibierge. Les lesions de la muqueuse buccale dans le liche *Annales de Dermat.* 1885. pag. 65.
20. Neumann. *Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.* 1881 Auch *Allgem. Wien. med. Ztg.* 1881. No. 19.
21. Erasm. Wilson. On lichen planus. *Journal of cut. med. and the skin.* Vol. III. No. 10. Juli 1869. pag. 120, 129, 131. Re *f. Dermat.* 1869. pag. 582.
22. J. Hutchinson. *Lectures on clinical surgery.* London 1870. I. —225.
23. Radcliffe Crocker. *Medical Society of London.* 1882. 27. Mär — *The Lancet.* 1882. 8. April.
— On affections of the mucous membranes in Lichen ruber. *f. pr. Dermat.* 1882. pag. 161.
24. Pospelow. Ein Fall von seltener Hautkrankheit. *St. Peter Wochenschr.* 1881. No. 44.
— Zur Kasuistik des Lichen ruber planus der äufseren H Schleimhaut. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1885. pag
25. Dejerine. Du Lichen. *Annales de Dermat.* 1877. pag. 78—168.
26. Adrien Charpy. De la nature du Lichen hypertrophique. pag. 26.
27. E. Wilson. *On diseases of the skin.* London 1876.
28. R. Morrison.
29. Touton. Kasuistisches zum Lichen ruber planus der Haut u. haut. *Berl. klin. Wochenschr.* 1886. No. 23. *Monatsh. f. prakt.* 1886. pag. 479.
30. Bockhart. Zur Unnaschen Behandlung des Lichen ruber. *med. Wochenschr.* 1885. No. 22.
31. Kaposi. *Realencyklopädie der gesammten Heilkunde.* 1881. Art.
32. Lesser. *Lehrb. der Haut- u. Geschlechtskrankheiten.* 1885. pag.
33. H. Désir de Fortunet. Note sur un cas de Lichen ruber. *An Dermat.* 1877. pag. 16.

ACKENZIE. *Brit. med. Journal.* 1884. 29. Novbr. Ref. *Monatsh. f. pr. ermat.* 1885. pag. 66.
OCQ. Sur le lichen ruber. *Annales de Dermat.* 1886. pag. 389.
POSI. *Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten.* 1882. 1887.
VERGNE. *Contribution à l'étude du lichen planus.* Paris 1886. pag. 455.
POSI. Lichen ruber moniliformis. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. ph.* 1886. pag. 591.
NS HEBRA. *Die krankhaften Veränderungen der Haut.* Braunschweig 4.
EYL. *Ziemssens Handbuch.* Bd. 14. pag. 518.
MAYOR et H. PAUTRY. Notes sur les manifestat. buccales du lichen n. *Revue méd. de la Suisse romande.* 1886. 15. Juni. Ref. *Annales Dermat.* 1886. pag. 449.
HORNKOHL. *Über Lichen ruber.* Inaug.-Diss. Berlin 1883.
SSAR. Die Mikroorganismen des Lichen ruber. *Deutsche med. Wochenrift.* 1885. No. 32.
GUY. *Étude sur le lichen planus.* Thèse de Paris. 1880.
VERGNE. Thèse de Paris. 1883.
SCHADEK. Ein Fall von Lichen ruber planus. *St. Petersb. med. ochenschr.* 1885. No. 47.
WEYL. Bemerkungen über Lichen planus. *Deutsche med. Wochenschr.* 5. No. 36. Ref. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1885. pag. 443.
VISSEUR. Einteilung und Diagnose des Lichen. *New-Yorker med. esse.* Oktbr. 1886. pag. 186.
FRED RICHAUD. *Pityriasis pilaris.* Thèse de Paris. 1877.
ERICH POOR. Der zweite geheilte Fall von Lichen exsud. ruber. *ógyászat.* 1862. No. 44—46, 47, 48.
Ein neuer Fall von Lichen exsud. ruber. *Gyógyászat.* 1875. No. 3.
Der dritte Fall von Lichen exsud. ruber. *Gyógyászat.* 1882. No. 2.
GEL. Un cas dictère emotif accompagné d'une éruption généralisée lichen. *Progrès médical.* 1886. No. 34.
BEHREND. Ein Fall von Lichen ruber plan. mit ungewöhnlicher kalisation. *Deutsche med. Wochenschr.* 1887. No 25.
POSI. *Wiener med. Wochenschr.* 1874. No. 35.
NST SCHWIMMER. *Börkórtan.* (Lehrb. der Hautkrankheiten.) Budapest 73. pag. 252.
Zur Frage des Lichen ruber. *Allg. Wiener med. Ztg.* 1863. No. 52.
OCQ. Sur le lichen ruber et sur le pityr. rubra pilaris. *Annales de ermat.* 1886. pag. 597. Ref. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1887. g. 88.
NNA. Sur la question du lichen. *Annales de Dermat.* 1886. pag. 593. — ur Lichenfrage. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1886. pag. 554.
ARDY. *Leçons sur les Affections dartreuses.* Artikel: Pityriasis pilaris.
AYER. *Traité theorique et pratique des affections de la peau.*

60. Unna. Über Heilung des Lichen ruber ohne Arsenik. *Monatsh*
Dermat. 1882. pag. 5.
61. Alex. Pawlik. Jodoform bei exsudativen Hautaffektionen. *Wiene*
Presse. 1882. No. 32.
62. Unna. Über die Mundaffektionen bei Lichen ruber. *Monatsh.*
Dermat. 1882. No. 9.
63. Piffard. *Diseases of the skin.* 1876. Cit. bei Unna. *Monatsh.*
Dermat. 1882. pag. 258.
64. Bockhart. Zur Behandlung des Lichen ruber mit der Unnaschen
Monatsh. f. pr. Dermat. 1883. pag 70.
65. Unna. Aphorismen über Schwefeltherapie u. Schwefelpräparate. *M*
f. pr. Dermat. 1883. pag. 197.
66. Bronson. Ref. in *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1884. pag. 219.
67. Thin. Neuere Errungenschaften der Dermatotherapie. *Brit. med.*
1884, 1885. Ref. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1885. pag. 175.
68. Fox. Ref. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1886. pag. 184.
69. Robinson. Ref. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1885. pag. 414.
70. Bazin. *Diction. encyclopéd.* Art. Lichen. Cit. von Dejerine.
71. Vidal. *Gazette des hopitaux.* 1878. 29. August.
72. — *Tribune médicale.* 1880. 25. Juli.
73. Bulkley. *Arch. of Dermatology.* 1881.
74. Colcott Fox. Ref. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1880. p
75. Tillbury Fox. *Treatise of skin-diseases.* 1873.
76. Hutchinson. *Clinical Lectures.* 1879.
77. Taylor, R. W. *Archiv of Dermat.* 1874. Cit. von Robinson.
78. Colcott Fox. *Brit. med. Journal.* 1880. pag. 398. Cit. von Ro
79. Stephen Mackenzie. *Journal of cutaneous and ven. diseases.*
Vol. III. No. 4. pag. 122.
80. Caesar Boeck. Einige Beobachtungen über Lichen ruber in No
Monatsh. f. pr. Dermat. 1886. No. 10.
81. Köbner. Zur Pathologie des Lichen ruber. *Berl. klin. Wochenschr*
No. 20 u. 21. Ref. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1887. pag. 616.
82. Lutz. Ein Fall von Lichen ruber obtusus et planus. *Monatsh*
Dermat. 1887. pag. 592.
83. Taylor. Klinische Bemerkungen über Lichen planus. *Archiv of*
1874. I. Excerpt im *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1875. pag. 107.
84. Róna. Lichen ruber in Ungarn. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1887. No.
85. Duhring. *Practical treatise on diseases of the skin.* Philadelphi
Cit. bei Unna (7).
86. Karl Schadek. Ein Fall von Lichen ruber exsudativus Hebrae.
tersb. med. Wochenschr. 1887. No. 21. Ref. *Monatsh. f. pr.*
1887. pag. 1023.
87. Neumann. *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 5. Aufl. Wien 1880.
88. Auspitz. *System der Hautkrankeiten.* Wien 1881.

I.

schichte und Symptomatologie des Lichen ruber.

Vom Lichen ruber sprechend, müssen wir mit HEBRA an-
n, da durch dessen spezielle Charakterisierung die Kenntnis
Krankheit zuerst unser Gemeingut geworden ist, und
Kenntnis erst später eine Umwandlung und Erweiterung
en hat.

HEBRA war der erste, der die vielen lichenoiden Krankheits-
n älterer Autoren nach ihrem Werte reduzierte, ihren
ren Teil nach Gebühr jenen Gruppen zuweisend, wohin sie
Natur gemäfs gehörten, also zu den Ekzemen, zur Prurigo,
n Erythemen etc., und erleichterte und erläuterte er so die
nklatur und Verständlichkeit der lichenoiden Erkrankungen
aupt.

HEBRA [6] nimmt nur 2 Lichenarten an: 1. Lichen scrophu-
m; 2. Lichen exsudativus ruber.

Nach HEBRA ist der Lichen ruber eine Hautkrankheit, welche
einer diskreten Knötcheneruption beginnt, nur durch Ver-
ung der Einzelindividuen gröfsere Strecken okkupiert und
ues bildet. Die Krankheit ist äufserst chronisch, trotzt
der Behandlung, dauert jahrelang; der Ausgang ist immer
g, heilt oder bessert sich nur ausnahmsweise. Nie wachsen
nzelindividuen, die primären mit kleinen Schüppchen
ckten roten Knötchen in die Peripherie, bleiben
gleich grofs, sind nicht einer progressiven Metamor-
e ausgesetzt, bilden also nie Bläschen oder Pusteln, und
im Anfange nur zerstreut. Meist an den Extremitäten
auftretend, verallgemeinern sie sich durch fortwährendes
anderreihen, rufen grofse Infiltrate hervor, wo keine primäre
chen mehr zu sehen sind. Die infiltrierten Hautflächen sind
Schuppen bedeckt, und unter den Schuppen findet man er-
rte Follikelmündungen. In der Umgebung der Infiltration
wieder primäre Knötchen von Hirsekorngröfse zu sehen.
zt wird die ganze Hautoberfläche, selbst die Nägel krank,
Haut wird sehr verdickt, überhaupt an der Flachhand und
ohle, an den Fingern und Zehen. Die Extremitäten sind
albgebeugter Stellung, Risse treten in der Haut auf. Die

Gesamternährung nimmt ab, und der Kranke siecht langsam hin. Die Haare des Kopfes, der Schamgegend, der Achselhö fallen nicht aus, die des Stammes aber bleiben nur Lanu haare.

Nur sehr mäfsiges Jucken begleitet diese schwere Kra heit; das dadurch hervorgerufene Kratzen verursacht nur o flächliche Exkoriationen.

Dieses Bild des Lichen ruber wurde durch HEBRA n Beobachtung von 14 Fällen entworfen, von welchen 12 töd verliefen.

Vor HEBRA kommen wir auf keine Spur einer derarti Erkrankung der Haut. Bei PLENK, bei CAZENAVE und SCHE bei WILLAN und BATEMAN, bei GREEN etc. finden wir u den 7—8 Lichenes keine bei weitem ähnliche Krankheit schrieben.

Bei DEVERGIES Pityriasis pilaris müfsten wir sc länger verweilen, da ja doch sie es war, die in der allerlet Zeit in die Lichendebatte einbezogen wurde. Wir behandeln diese Pityriasis pilaris in der Reihenfolge, in welcher sie in Lichenlehre hineingelangt ist, also nach UNNA-BROCQ [57].

Nach der ersten Beschreibung HEBRAS begegnen wir zu in der ungarischen Litteratur dem Namen Lichen ruber sudativus. EMERICH POOR [50] veröffentlichte im Jahre 1 unter dem Titel: „Der zweite geheilte Fall von Lichen r exsudativus, besser von Ekzema psoriasiforme", einen Fall streitet mit HEBRA gegen die Selbständigkeit dieser Krankl die er für ein Gemisch der Psoriasis mit Ekzem hält. Der endete mit Heilung.

Schon im nächsten Jahre weist ERNST SCHWIMMER (dar Secund. der HEBRAschen Abteilung) in einem polemischen Art [55] diese Zumutung zurück, indem er klarlegt, dafs Po Fall mit einem Lichen ruber nichts gemein hat. Nach je Lektüre kann man auch diesen Fall nicht für Lichen ruber ge lassen [85].

Im Jahre 1869 beschreibt E. WILSON [21] unter Namen Lichen planus eine dem HEBRAschen Lichen ruber grofsen und ganzen ähnliche Hautkrankheit.

War dieser Lichen planus identisch mit dem Lichen ruber
BRAS?

HEBRA beschreibt nur hirsekorngroſse, rote, diskrete, mit
ig Schüppchen bedeckte, nicht exkoriierte, nicht gruppenweise
ende, nicht über die ganze Hautoberfläche zerstreute Knötchen,
öhnlich nur einzelne Hautpartien, meist an den Extremitäten,
upierend, als Primäreffloreszenzen.

Bei WILSON lesen wir: die Papeln sind eckig, haben eine
kelrote Farbe, sind leicht erhaben, zerstreut, von 1—2‴
rchmesser, abgeflacht oder eingedrückt, oder nabelförmig ver-
, glänzend an der Spitze, und im Zentrum durch eine Follikel-
ıdung und durch die Kontur des Epidermispfropfes markiert.
Flachheit und der glasartige Glanz sind auffallend. Diese
ızende und hornartige Epidermisschicht behält ihre Kontinui-
mit der übrigen Epidermis, ist also keine Schuppe.

Die Primäreffloreszenzen des WILSONschen Lichen planus
erscheiden sich also von denen des HEBRAschen Lichen ruber
ch ihre eckige Form, durch ihre flache gedellte Oberfläche,
ch ihre Schuppenlosigkeit im Anfange und durch ihren glas-
gen Schimmer. Wir müssen schon jetzt konstatieren, daſs
e markante Beschreibung der Primäreffloreszenzen einer Lichen-
ı fast in den meisten Beschreibungen späterer Autoren wieder-
nden ist. Die Primäreffloreszenzen des HEBRAschen Lichen
er hingegen findet man aber auſser bei HEBRA und seinen
edingten Nachahmern nie mehr so beschrieben.

Sowohl der Lichen ruber HEBRA als auch der Lichen planus
LSON treten zuerst mit diskreten Knötchen auf und nehmen
Vorliebe die Extremitäten ein, nur beschreibt WILSON wieder
auer die einzelnen Prädilektionsstellen.

Während des Verlaufes sind beide Formen ähnlichen Ver-
erungen unterworfen:

Lichen ruber HEBRA. Die durch Berührung einer groſsen
zahl knapp nebeneinander entwickelter Knötchen ins Leben
ufenen Infiltrate von dunkelroter Farbe erscheinen mit papier-
nen, graulichen, nicht besonders fest haftenden Schuppen be-
kt, nach deren mechanischer Entfernung die Ausführungsgänge
Haarbälge sich erweitert zeigen. Die Ausbreitung der Krank-

heit geschieht nicht durch Größenzunahme der einzelnen Knötch
sondern durch Mengenzunahme und dadurch bedingtes An
andertreten der Knötchen und Infiltration der Haut.

Lichen planus Wilson. Auch Wilson leugnet
Wachstum der Papelchen in die Peripherie. Die Infiltratio
sind auch nach ihm mit Schuppen bedeckt, deren untere Fl
mit der epithelialen Auskleidung der Follikel in einigen Zusam
hange ist.

In manchen Einzelheiten weichen aber beide Beschreibu
wieder voneinander ab.

Beim Lichen ruber wird die Knötchenbildung langsam
gemein, die ganze Haut wird rot, verdickt, mit Schuppen
deckt; man sieht keine Knötchen mehr. Die Nägel degenerie
die Gelenke werden steif, Rhagaden entstehen, Abnahme der
trition, Abmagerung, Marasmus treten auf, und nach meist m
jährigem Bestande verläuft die Krankheit tödlich.

Von einem solchen traurigen Ausgang weifs uns Wi
nichts zu erzählen, trotzdem auch er eine diffuse Form beschr
Diese entsteht auch aus einer dichten Ansammlung von Pa
und aus Verwandlung in eine einzige grofse Plaque d
Hyperämie, Verdickung der Haut. Aber auch Wilsons Li
ist stets mit Konstitutionsanomalien verbunden, welche gew
lich auf das Ernährungs- und Verdauungssystem bezogen we
müssen, auch wird er mehr oder weniger von nervöser Reiz
keit und Schmerzhaftigkeit begleitet.

Wilson glaubt, dafs beide Lichenes die eine und s
Krankheit darstellen, und tritt die Priorität an Hebra
Weniger zutreffend ist aber seine Hypothese, dafs der Liche
Österreich deshalb schwerer verlaufe, weil er tiefer in der K
stitution wurzele; denn Hebras Kranke rekrutierten sich d
mal aus aller Herren Länder.

Wilson nimmt auch mehrere Formen, wie L. pl. discr
diffuse Plaques, L. pl. annulatus, marginatus an; die h
juckenden Fälle nennt er Lichen pl. pruriginosus.

In solche Einzelnheiten läfst sich Hebra nicht ein. Er
schreibt überhaupt ebenso wie die primären Effloreszenzen
die Entwickelung und den Verlauf der Krankheit viel knapper

er ausführlich; aber auch er spricht von umschriebenen es und diffusen Infiltrationsformen.

Nach all den konvergierenden und trotz einzelner diver- der Angaben beider Autoren müssen auch wir schon jetzt ILSON sagen, dafs beide Lichenes in den Haupteigenschaften so dem Wesen nach — identisch sind und eine und die- Krankheit darstellen müssen. Beide Beschreibungen stellen unsrer Auffassung einen Exsudationsprozefs dar, wo erst nsuläre, dann massige Infiltration der Cutis die Haut kt, und wo dann sekundär die Verhornung der obersten rmisschichten reger wird. Nur die andersartige Beschrei- der primären Erscheinungen und der schwere, ja töd- Verlauf des Lichen ruber HEBRA gibt uns noch etwas Be- n.

Die weitere Verfolgung der Geschichte der beiden Lichenes ergeben, ob deshalb, weil HEBRA die Primäreffloreszenzen napp mit roten schuppigen Knötchen kennzeichnet, WIL- hingegen klar und weitläufig sie beschreibt, und ob des- weil von den ersten durch HEBRA beobachteten 14 1 12 mit Tod abgingen, bei WILSON aber alle mit Hei- endeten, zwischen beiden irgend welche Differenz sich en müsse.

Die WILSONsche Beschreibung finden wir schon bei BAZIN bis aufs ähnlich beschrieben. So lesen wir bei DEJERINE [70] [25] citiert. schreibt unter dem Titel: Lichen par hypertrophie fonctionelle: apules sont petites, deprimées a leur centrale, d'une ur jaunatre ou brunatre, ordinairement disposées en es plus ou moins étendus. Ces plaques ont un aspect singulier t à fait caracteristique: elles ressemblent, qu'on me passe cette sion, à une croute de peau légèrement brûlé et râpé superficiellement." élements de poil cessent d'être secretés de bonne heure aussi les s ne sont pas traversées par les poils comme celle du lichen par rophie papillaire." Beide Formen aber hält BAZIN für Lichen is.

Gleich nach der WILSONschen Veröffentlichung wird im *iv für Dermatologie und Syphilis.* 1869. pag. 582 über Lichen aus folgendermafsen referiert: „Ref. ist nicht der Ansicht, dieses Übel, wenn es schon einen eignen Namen haben

soll, den Namen Lichen planus verdiene; denn die For
Knötchen hält Ref. für gar nicht charakteristisc
auch bei andern Knötcheneruptionen, wenn sie lä
Zeit bestehen, vorkommend. Der Verlauf der ei
Eruptionen dürfte wohl teilweise jenem bei Lichen scroph
Lichen ruber HEBRAE entsprechen, aber im ganzen kan
einer Ähnlichkeit der Krankheit als solcher,
sondere mit Lichen ruber, gar nicht die Rede sei
der Lichen ruber fast immer unheilbar ist und
falls eine schwere allgemeine Hautkrankheit rep
tiert. Die Röte der Knötchen, welche WILSON als Gru
seine Zusammenstellung beider Lichenarten angibt, erschei
Ref. bloſs als Beweis, daſs bei beiden starke Hyperäm
vermutlich erkrankten Talgdrüsen vorhanden ist.

Ref. legt also auf die Primäreffloreszenzen nicht v
wicht und läſst hiermit durchschimmern, daſs das rot
Schüppchen bedeckte Knötchen allein nicht charakteristi
für den Lichen ruber, ebensowenig als eine anderweitige
oder der Glanz der Knötchen keinen Beweis für einen selbst
Lichen, für einen Lichen planus abgeben.

Aber hiermit läſst Ref. auch durchschimmern, daſs d
auf der Wiener Schule (deren ausgesprochenes Organ das
war) die Individualität der Knötchen und ihre spezielle
tümlichkeit nicht genügend gewürdigt wurde. Der ung
Ausgang, der schwere Verlauf war allein maſsgebend für d

Von den divergierenden Punkten fällt somit eine
Die Wichtigkeit der Knötchendifferenz in den beiden
beschreibungen wird durch einen Vertreter der Wiener
beträchtlich reduziert.

1870 veröffentlicht HILTON FAGGE [10] 2 Fälle von L
planus und hält diese Krankheit für eine mit der Psoria
wandte Affektion; er teilt durchaus nicht die Ansicht
SONS, als wäre diese mit dem Lichen ruber identisch.

Auch bei dieser Gelegenheit läſst sich der Ref. des
hören: „daſs diese Form keine eigne Krankheitsform da
kann, weil die ihr zugeschriebenen Eigentümlichkeiten,

durchschimmernde Knötchen WILSONS bei verschiedenen nformen, also L. scrophulos. u. s. w. vorkommen."
mmerhin ist diese Enunziation bei Beurteilung der Differenz en Beschreibungen höchst bemerkenswert.
Aber nicht nur der Ref. des *Archiv*, den wir freilich nicht n, sondern auch andre und zwar hervorragende Jünger der er Schule — es sind HEBRAS eigne Schüler, gewesene enten — weichen von der HEBRAschen Definition des L. ruber war sowohl in seinen Anfangsstadien, als auch im weiteren uf nicht unerheblich in ihren Beschreibungen ab.
So lesen wir bei NEUMANN [15] im Jahre 1869 in der Auflage seines Lehrbuches über Lichen ruber: „Das Leiden int im Beginn in Form von stecknadelkopfgrofsen, einzeln den, in der Mitte mit weifslichen Schüppchen, oder mit dem Ausgangspunkte des Follikels entsprechen-Vertiefung versehen. Diese Knötchen nehmen, durch vermehrt, allmählich eine gröfsere Hautpartie in Anspruch sind dann insgesamt teils mit weifsen Schuppen, nit grünlichen Borken bedeckt."
n den späteren Auflagen sind die Primäreffloreszenzen als korngrofs" bezeichnet, und noch eine andre Knötchenform, kugelige, glatte, blafsrot gefärbte Effloreszenz", den übrigen ügt.
Wer könnte behaupten, dafs diese Beschreibung der gedellten, eilweise schuppenden Knötchen nicht eher dem Lichen näher kommt, als dem L. ruber, da ja doch der Glanz etc. der Wiener Schule ganz nebensächlich war?
Auch sagt NEUMANN weiter: „Unter allmählicher Abnahme Ernährung fallen alle Kranke, bei denen das Leiden ebreitet ist, zumeist der Tuberkulose als Opfer." st schon aber etwas Andres, als was HEBRA von dem Aus- dieser Krankheit sagt; denn Lichen marasmus und rkulose sind nach meiner Auffassung grundverschiedene sse. Durch Tuberkulose kann jede Krankheit ihr Ende en, wenn das betreffende Individuen den Keim in sich NEUMANN beobachtete nur einen Fall, welcher rasch (in naten) lethal abgelaufen ist (Todesursache?). Von lange

fortgesetztem Gebrauche des Arseniks sah er die Fälle sich wes
bessern und nur „zuweilen“ recidivieren sie, wenn man n
Behandlung aufhört.

Also schon in dieser Zeit (1869) hat sich die Prognc
Wiener Schule geändert.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

Über nicht spezifische oder Rectitis proliferans. (De la
proliférante ou non vénérienne.) Von Paul Hamonic. (*Thèse de Paris*

Gestützt auf 9 Fälle, die der Verfasser auf der Abteilung von
beobachtete, sowie auf Grund der histologischen Untersuchung eines
Tumors kommt H. zu folgenden Schlüssen:

Unter „Rectitis proliferans“ versteht er eine Primärerkranku
der es nach einem bestimmten Zeitpunkt zu Proliferationen auf
krankten Schleimhaut kommt.

Hierher gehören die in England als „tumeurs villeuses“ beschr
Tumoren, sowie die von Gosselin untersuchten granulös-papillären
Bezeichnungen wie „Vegetation“, „Verruca“, „Molluscum“ u. s. w
auch auf die wichtigste pathologisch-anatomische Kundgebung der
proliferans Anwendung.

Anatomisch handelt es sich bei diesen Tumoren um Papillome

Die Erkrankung setzt mit einer lebhaften chronischen Entzünd
Rectum ein. Im zweiten Stadium bedeckt sich die entzündete Schl
infolge Hyperplasie des embryonalen Fasergewebes (hyperplasie
bryonnaire) mit kleinen Knötchen. Das Eigentümliche dieser Hyp
besteht in der unregelmäfsigen Oberfläche.

Jede örtliche Reizung kann eine Rectitis proliferans veru
Man kann 2 Gruppen von Ursachen unterscheiden: die venerisch
die nicht venerischen.

Die typischen Vegetationen, wie sie der Verf. beschreibt, sind
nicht syphilitischer Natur, aber sie könnten es sein, d. h. die
hypertrophischen Syphilide könnten sich infolge der heftigen Re
zündung in einfache proliferierende Tumoren umwandeln.

H. unterscheidet in der Entwickelung der Krankheit: 1. ein
leitenden Zustand, gekennzeichnet durch das Vorhandensein des ö
Reizes; 2. die erste Periode, d. i. die Rektalentzündung; 3. die Peri
Proliferation; 4. die Periode der Besserung, bezw. Heilung einersei
des zunehmenden Verfalls anderseits.

Bei der Differentialdiagnose kommen in Betracht: das Karzin

en und nicht glandulären Polypen, die benignen Fungi des s, das Syphiloma ano-rectale und die Hämorrhoidalgeschwülste.

Prognose ist nicht gerade infaust, aber doch auch niemals un- h wegen des Kräfteverfalls, der infolge der Schmerzen, der hypo- hen Stimmung, sowie der blutigen und schleimigen Abgänge bei ken aufzutreten pflegt.

lange die Wucherungen klein sind, genügt eine palliative Be- nehmen sie aber einen gröfseren Umfang an, so mufs man ener- gehen.

le. A. Tavernier.

---

rag zum Studium der bullösen Eruptionen, von V. Heitz. *Paris.* 1886.)

n einer Übersicht über die pathologische Anatomie der bullösen bemerkt H., dafs die Pathognese der Blasenbildung nur unvoll- bekannt sei, und dafs nicht alle Fälle als Trophoneurose aufgefafst ürften.

ch scheint der pathologisch anatomische Teil dieser Abhandlung da der Verf. den wesentlichen Unterschied aufser Augen läfst, hen der Bildung von Blasen und jener von Vesikeln besteht (wie er Linie Leloir beschrieben hat unter dem Namen der „Altération).

hätte weiter bei der Blasenbildung verweilen müssen, die nach und peripherer Nervenverletzung auftritt. Die wichtigen Arbeiten oir über die Trophoneurosen der Haut, die durch die Unter- von Pitres und Vaillard bestätigt wurden, bilden eine Frage stem Interesse.

einem langen und ziemlich weitschweifigen Kapitel läfst er alsdann chiedenartigen Ursachen der Blasenbildung vorbeimarschieren: ung, Vesikantien, Kantharіden, arsenikhaltige Stoffe — Einfüh- von Medikamenten (Brom- und Jodkalium, Brom, Natr. salicyl., cid. phosphor.) — Erkrankungen des Nervensystems (Verletzung en, Neuritiden, akute und chronische Neurosen) — Infektionskrank- Röteln, Erysipel, Typhus, Puerperalfieber, Erythema polymorphum, us acut., Syphilis) — Kachexien und Dyskrasien — Hautkrankheiten us chron., Scabies, Dyshidrosis, Ekzema, Pityriasis rubra, Lupus t., Lichen plan.).

diesen verschiedenartigen Erkrankungen haben die Blasen nicht ieselbe Bedeutung; bald bilden sie nur eine Nebenerscheinung tkongestion und Entzündung, bald zeigen sie eine hochgradige gsstörung an, und bei den chronischen Hautkrankheiten ver- rt ihr Auftreten die Prognose.

le. A. Tavernier.

Über die Virulenz des Bubo, der im Gefolge des Schankers auftritt, von M. Menut. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Den alten Ärzten war die Beziehung entgangen, die zwisc Bubo- und dem Schankergeschwür besteht.

Hippokrates, Galenus, Celsus, Marcellius, Empiricus kann die Adenitis inguinalis, aber über die Ursachen dieser Entzündung das völligste Dunkel. — Erst 1782 lehrte Hunter durch seine Untersu die zum Ausgangspunkt für alle spätern Arbeiten wurden, dafs impfung von Schanker- und Buboneneiter dieselben Folgen hätt war es Ricord, der in den Jahren 1831—1837 die Lehre von steckungsfähigkeit des Bubo durch vielfache Impfungen begründ dieselbe Zeit veröffentlichte Wallaix zwei Fälle von Verimpfung boneneiter.

In seiner 1837 erschienenen Arbeit über die venerischen Kra teilt uns Ricord dann seine Schlüsse mit, zu denen er an der H Zahlen über die Verimpfkarkeit des Schankers gelangt: Von 618 v Bubonen, darunter 368 mit Erfolg, befanden sich nur 63, die ihrer Eröffnung noch virulent waren.

Debauge hatte auf 83 Fälle von einfachem Schanker mit v Leistendrüsen 63 virulente und 23 sympathische Bubonen. Cu umgekehrt das Verhältnis von einem virulenten Bubo auf 12 Jullien hatte unter 385 Fällen 138 virulente und 146 einfach ent Bubonen.

Die Annahme von der Häufigkeit des virulenten Bubo galt als unbestritten, als Strauss vor der Gesellschaft für Biologie Satz aufstellte: „Der Bubo des weichen Schankers ist niemals aus virulent; er wird erst ansteckend und schankrös durch Impfu nach seiner Eröffnung statt haben.

1884 teilte Horteloup der Gesellschaft für Chirurgie einen wo die Impfung des Bubo am Tage seiner Eröffnung negativ ausfie später aber Erfolg hatte. — In einer Arbeit, die Diday der n Gesellschaft 1885 überreichte, trat er für die ursprüngliche Vir Bubo ein, wobei er namentlich auf den lebhaften Schmerz hin eine eigentümliche Wirkung des schankrösen Giftes sein soll, ferne Seltenheit der Impfung an Stellen, wo ein Vesicans gesessen hatt rareté d'inoculation des places de vesicatoire), auf die Simultanim ganzen Umkreis der Ränder des Bubo, und endlich auf den be Zeitpunkt, zu welchem die Virulenz erscheint.

Auf dem chirurgischen Kongrefs im April 1885 berichtete über Untersuchungen, die die Ansichten von Strauss bestätigten. selber dagegen erklärte in einer Sitzung der Gesellschaft für Biolo dafs es wohl einen ursprünglich schankrösen Bubo gäbe, dafs er sehr selten vorkomme.

Gèmy schliefst sich in den „*Annales de Dermatol. et de Syphil*

ordschen Theorie an. Laurent Mannino betrachtet den Bubo als
äche Entzündung, und in den *„Monatsheften“* bekennt sich Funk
ht von Strauss.

Fall, der auf der Klinik von Leloir zu „St. Sauveur“ beobachtet
eigt, dafs Leloir mit seiner Behauptung recht hat, man dürfe die
Ricords nicht schlechthin von der Hand weisen. Denn in diesem,
veröffentlichenden Fall, über den Leloir 1886 einen klinischen
hielt, war die Impfung mit Buboneneiter, den man mit einer
erilisierten Pravazschen Spritze gewonnen hatte, von Erfolg begleitet.
h diesem geschichtlichen Überblick und nach Angabe des Ver-
ur Impfung des Bubo stellt Verf. folgende Sätze auf:

Frage nach der Virulenz des Bubo kann nur an der Hand von
ausgeführten Versuchen gelöst werden. Zahlreiche, durch ver-
Forscher angestellte Beobachtungen zeigen die Möglichkeit der
ung des Bubo, indem er nach seiner Eröffnung durch von aufsen
nes Gift virulent geworden ist.

Seltenheit der Überimpfbarkeit des Buboneneiters im Augenblick
öffnung dient der neuen Ansicht zur Stütze. Diese Theorie vermag
stand allein in genügender Weise zu erklären.

mit allen Vorsichtsmafsregeln ausgeführten Versuche haben er-
afs von im ganzen 118 Bubonen nur 6 gleich nach der Eröffnung
bar waren, und nur 5 einige Tage später.

gibt demnach einen ursprünglich virulenten Bubo, aber er kommt
neuesten Statistiken nur in dem Verhältnis von 1 : 20 vor.

e Thatsache legt dem Chirurgen die Verpflichtung auf, den Bubo
ktionsmöglichkeit zu entziehen.

le. A. Tavernier.

---

trag zum Studium der Elephantiasis Arabum, von Léon
(*Thèse de Paris.* 1886.)

Elephantiasis ist von alters her bekannt. Aretaeus schilderte
m Namen Elephantiasis die Lepra tuberculosa; aber einzelne Züge
rstellung beziehen sich offenbar auf die Elephantiasis Arabum.
pricht in seinem Gedicht von dieser an den Ufern des Nil endemi-
rankheit. Die zwischen dem fünften und neunten Jahrhundert
nen medizinischen Schriften der Juden (Charaka, Sushinta) er-
hrer gleichfalls.

e erste, wirklich wissenschaftliche Darstellung findet man aber erst
es und Aly-Albas, die im 9. Jahrhundert lebten und die Krank-
er dem Namen Elephantiasis beschrieben. Ihnen folgend unter-
rosper Alpin scharf die Elephantiasis Arabum von derjenigen der
. Er spricht sich nicht über die Natur der Krankheit aus und
leischhernien“ (hernies charnues) die elephantiastischen Tumoren des

Skrotums. Kämpfer wiederum gab dieser Form den Namen Hydroc
die Elephantiasis des Beins nannte er „Perical de Malabar"; a
kannte er noch eine Dedarthrocace, worunter er die spina ventosa

Corve (1726), Hillary (1759) und Hendy (1784) lenkten die
samkeit der Pathologen wieder auf die Elephantiasis Arabum, di
„Maladie glandulaire de Balardes" genannt wurde. Hendy zuerst
das Leiden mit einer Erkrankung des Lymphsystems und beson
Drüsen in Verbindung.

In Deutschland haben sich namentlich Sennert und Hoffi
der Elephantiasis beschäftigt und sie unter dem Namen Febris erys
beschrieben; ferner Koswiet und Scanzoni; in Spanien Cazal; in
Talriet.

Dieses Jahrhundert brachte für Frankreich die Arbeiten vo
die das vollständigste sind, was bisher über unsre Frage verö
wurde, und die von Larrey, der sich gründlich über die Natur de
geirrt und es als Sarkocele aufgefafst hat. Delpech, Vidal de
Chassaignac, Cruveilhier, Niélly haben sich gleichfalls eingehend
Frage beschäftigt.

Nach diesen geschichtlichen Betrachtungen führt Verf. die
an, durch welche Elephantiasis entstehen kann. Er geht dann
schreibung der Elephantiasis scroti und zur pathologischen Anato
und schliefst mit der Wiedergabe eines Falles, den er währen
Assistentenzeit am Krankenhaus zu Rennes beobachtet hatte.

Lille. A. Taverni

**Über retro-pharyngeale Drüsenanschwellung syphilitisc
sprungs,** von Ernest Darbouet. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Am 21. Mai 1863 teilte Verneuil der Chirurgischen Gesellsc
dafs er 3 Fälle von Adenitis retro-pharyng. gleichzeitig mit
syphil. beobachtet habe. Da gleichzeitig die Lymphdrüsen des
bralen Gewebes geschwollen waren, so brachte er dies damit in Zu
hang. Dieser seiner Ansicht traten Alphonse Guéni und Giraldè
entgegen. — 1874 stellte Fournier in seinem Lehrbuch über die
bei der Frau die Vermutung auf, dafs derartige Adenopathien,
zur Vereiterung kämen, sehr wohl die Veranlassung zu retro-phar
Abscessen oder Phlegmonen abgeben könnten.

Darbouet erörtert diese Frage nur in einer kleinen Abhandl
zwei Beobachtungen zugrunde liegen, von denen er die eine selber
hat, während ihm die andre von Jean Marie, Arzt bei der Gar
blicaine, mitgeteilt wurde. — Nach einer kurzen Besprechung der
des Pharynx und der Lage seiner Drüsen äufsert er sich wie folgt

Diese Drüsen atrophieren gewöhnlich mit dem dritten Lebens
können aber wie alle andern Drüsen unter dem Einflufs der Syphili

en. Gewöhnlich erfolgt diese Anschwellung indolent, ohne Ent- so dafs es leicht ist, sie von den retro-pharyngealen Abscessen zu den. — Ausnahmsweise können sie auch, wie die andern Drüsen, und so zum Ausgangspunkt von Abscessen und Phlegmonen der achenwand werden.

e. A. Tavernier.

---

r **Schanker infolge von Bifs**, von E. Lesage. (*Thèse de Paris.*

ge bringt in einer ganz kurzen Abhandlung 3 Beobachtungen Fournierschen Abteilung. In allen 3 Fällen war durch Beifsen gereien ein Schanker übertragen worden, das einemal auf die s andre mal auf den Daumen, zum dritten mal aufs Ohr.

diesen Beobachtungen scheint sich ohne weiteres ein Schanker In der That heilte die ursprüngliche Wunde erst nach 15 Tagen chen. Jedoch öffnete sie sich nach einmal erfolgter Narben- icht wieder, die Haut behielt nur eine violette bis schwärzliche g, so dafs man geneigt wäre, das Vorhandensein eines Schankers feln. Entscheidend war aber eine Induration am Daumen, die onaten auftrat.

ge schliefst mit einigen Bemerkungen zur Prophylaxe der Sekun- nungen.

e. A. Tavernier.

Pathognese der varikösen Geschwüre, von Gérard. (*Thèse* 1887.)

e Arbeit bringt nur eine Zusammenfassung der Frage, keine atsachen.

Ansicht, dafs die Ursachen für das variköse Geschwür in einer g der Lymphgefäfse zu suchen sei, vermag wohl manche dunkle en aufzuklären.

ard stellt schliefslich drei Sätze auf.

Nicht alle varikösen Geschwüre stammen von Venenerkrankun-

Ein grofser Teil dieser Geschwüre hängt mit Lymphgefäfser- n zusammen.

Alle varikösen Geschwüre, gleichviel welchen Ursprungs, werden stitionelle und oft erbliche Einflüsse hervorgerufen.

e. A. Tavernier.

(Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.)

Dr. George Thin. **Pathologie und Therapie des Herp surans der Kopfschwarte.** (Mit Illustrationen.) London. J. & A.Ch

Ausführliche Besprechung dieser in London sehr häufigen Kr In bezug auf den Trichophyton tonsurans bestätigt Verf. die Küchenmeisters, dafs derselbe nicht auf lebendem Gewebe, sond auf den mehr oder weniger verhornten Epithelzellen sich zu erhal mag. Zur Reinkultur dienten Humor aqueus, Humor vitreus vom sowie Kochsche Fleischgelatine. Aufser beim Menschen gedeiht auch auf der Haut vom Pferd, Hund, der Katze, Maus und dem chen. Je älter das betreffende Individuum, desto schwieriger ist Pilze sich festzusetzen. Pathologisch-anatomisch stellt die Krankh spezifische Entzündung in der Haut dar, veranlafst durch die Anwesen Pilze und Sporen, zunächst zwischen innerer Wurzelscheide und Ha Im späteren Verlauf greift der Trichophyton dicht oberhalb de papille auf den Haarschaft selber ein. Die klinischen Erscheinungen zu Verwechselungen mit einfachem Ekzema, Pediculosis capitis, P Seborrhoea, Psoriasis capitis und auch Alopecia areata führen. Zur T dienen nebst Kurzschneiden der Haare und Einreiben mit Ungt. bo Verhütung weiteren Verschleppens durch die Haare verschiedene Irrita Antiparasitica. Verf. empfiehlt das Ungt. sulphuris in der Stär 1 : 7 oder 8 bei Kindern unter 3 Jahren; ferner Karbolglycerin zweimal täglich einzureiben, worauf eine halbe Stunde später d aufgetragen wird. Auch Ungt. citri bei älteren Kindern. Als kri wenn nicht ungefährliches Mittel ist der Sublimat in wässeriger od holischer Lösung (0,1—0,20 in 30 Aq. oder Aqua und Alkohol aa) au Zeit appliziert.

Nach Besprechung vieler andrer empfohlener Mittel, so Acid (1 mit Alkohol 28 und Äther 3,5), Oleatum Mercurii, Cupri, Oleum Acid. Chrysophan., Pulvis Goae, Thymol, Jodoform, Eucalyptus salicylic., Terpentin, Acid. pyrolign., sogar Acid. acetic., Oleum Croto Costerschen Paste (Jodi 7,0 Ol. picis Liq. ad 28,0); auch der Ele gibt Verf. als Appendix die Erfahrungen französischer Autoren Lailler, Besnier) und eine kurze Schilderung verwandter Form Leidens, Tinea circinata, Ekzema marginat., Sycosis parasitar., mycosis tonsurans, Kerion (Celsi), Tinea imbricata, welch letzteres an der Meerenge von Malacca einheimisch ist.

In bezug auf die sehr anschaulichen Illustrationen wird auf d ginal verwiesen.

Felsberg. Philippi

Dr. Arthur Harries und Dr. C. M. Campbell. **Lupus, eine logisch-anatomisch und klinische Untersuchung seiner Äti Entwickelung und Behandlung.** London 1886. Ballière, Tindal

Die Identität von Tuberkel- und Lupusbacillen sei noch nicht
haft nachgewiesen. Eine besondere Beschaffenheit des Nährbodens
cheinlich zur Entwickelung der Krankheit erforderlich. Es wird
h auf den Einfluſs vorhergegangener Traumen hingewiesen. Zur
wird die Entfernung der einzelnen, noch nicht konfluierten Knöt-
els eines besonderen vom Verf. angegebenen Locheisens empfohlen
hfolgender Sublimatlanolinbehandlung.
egen die Identität von Lupus und Tuberkulose spreche der Um-
s letztere nur sehr selten im Gefolge des ersteren auch bei jahre-
estehen auftritt. Es wird ferner auf das Verhalten der oberen
ne aufmerksam gemacht, welche bei Lupus entweder kariös oder
licht gedrängt vorgefunden werden. Für die unberechtigte Be-
Lupus erythematosus wird der Name Erythema hyperplasticum
.

as Sublimat subkutan injiziert (1 : 1000) oder eine Lösung von
um bijodid. (1 : 12 000 Aq.) scheinen die besten Antiparasitica
zu sein. Die mitgeteilten Erfolge sind recht erfreulich.

lsberg. PHILIPPI.

OR STÄHEL. **Über Mikroorganismen unter dem antiseptischen Wundverbande.** Inauguraldissertation. Basel 1886.

59 in der Klinik von Professor SOCIN operativ behandelten Fällen
mittels Kulturanlagen sowie mit Trockenpräparaten Unter-
auf die Anwesenheit von Mikroorganismen unterm Verbande
Letzterer war nach der im Baseler Spital üblichen Weise mit
und einer Zinkpaste (Zinc. oxyd. 50, Aq. 50, Zinc. chlorid. 5—6)
en Bedeckung der mit Katgut genähten Wunde angelegt.
den 47 p. p. i. geheilten Fällen fanden sich 15 mal gar keine
anismen; in 4 Fällen nur abgetötete (an Trockenpräparaten, nicht
ulturen nachweisbar) und in den übrigen 28 Fällen Kokken und
in wechselnden Mengen. Bei den 12 p. s. i. geheilten Operationen
iemals Mikroorganismen vermiſst. Am zahlreichsten wurden die-
ei Stagnieren des Wundsekrets im Drainrohr vorgefunden, je
das Sekret, desto reicher war es auch an Mikroorganismen. Daſs
tion der Wunden weniger nachträglich durch den Verband hin-
s vielmehr bei der Operation selbst durch Kontakt stattfindet, be-
e vom Verf. direkt vor dem Verbinden dem Operationsfelde ent-
n Kulturen. Fieber ist nicht unbedingt an die Anwesenheit von
anismen gebunden, kann vielmehr auch ohne dieselben (4 Fälle)
s infolge des operativen Shoks eintreten.

lsberg. PHILIPPI.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Beiträge zur Lehre von den trophischen Nerven, von Joseph. (*Virchows Arch.* Bd. 107.) Verf. hat an Katzen das Spinalganglion nebst einem Stück der hinteren, einem gleich langen der vorderen Wurzel, sowie einem peripheren Teil des zweiten Ce nerven exstirpiert. Die Folge war Ausfallen der Haare am Kopf in z skripten, ziemlich scharf abgegrenzten Gebieten im Verlauf von 5—27 Vasomotorische, sensible, traumatische Einflüsse scheinen mit Zuver keit auszuschliefsen zu sein. Mikroskopisch wiesen die betreffenden teile Atrophie der Haarpapillen bei vollständigem Fehlen der Haar deren Überbleibsel. Diese Veränderungen können nur durch die An von trophischen Nervenfasern erklärt werden.

Die schwarze Zunge, von Dr. Ph. Schech, München. (*Münch Wochenschr.* No. 13. 1887.) Eine nicht durch schwarzfärbende Inges vorgerufene Schwarzfärbung der Zunge (Nigrities linguae), welche v Papillae circumvall. bis zur Spitze dunkelbraun bis schwarzbraun blauschwarz erscheint. Genauere Schilderung eines einschlägigen aus der Praxis des Verf. Entgegen der Anschauung verschiedener A hält er auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen die Af nicht für mykotisch. Sie bestehe vielmehr in einer einfachen Hypert der Papillae filiform., verbunden mit starker Verhornung und Pigr rung des Gewebes. Dauer der Erscheinungen verschieden, bis 6 od 20 Jahre. Therapie unnötig. Ätiologie völlig unklar.

Felsberg. Philippi.

Das Anthrarobin. Ein neues Heilmittel bei Hautk heiten, von Dr. G. Behrend. (*Therap. Monatsh.* 1888. No. 3.) Das A robin, wie es von Jaffé & Darmstädter in den Handel gebracht ist ein Pulver von gelblich weifser Farbe und etwas grobkörnig schaffenheit, welches auf die Nasenschleimhaut einen eigentümliche ausübt, sich mit Öl angerieben, mit Schweinefett und Lanolin zur verarbeiten läfst. Es löst sich in 10 Tln. Glycerin bei etwa 1 sowie in 10 Tln. kaltem und 5 Tln. kochendem Alkohol mit dunkel gelber Farbe auf, desgleichen löst es sich in ähnlichem Verhältnis i wässerigen Boraxlösung auf, in reinem Wasser dagegen nur in S Zu therapeutischen Versuchen wurden angewandt:

1. *Anthrarobin.*	10,0	*Anthrarobin.*	20,0
Ol. oliv.	30,0	*Ol. olivar.*	
Lanolin.	60,0	*Lanolin.*	aa 40,0
M. f. Ungt. 10 % Salbe.		M. f. Ungt. 20 % Salbe.	

Anthrarobin.	10,0	*Anthrarobin.*
Ol. olivar.	15,0	*Ol. olivar.* ad 20,0
Axung. porc.	75,0	*Axung. porc.* 60,0
M. f. Ungt. 10 % Salbe		M. f. Ungt. 20 % Salbe.
2. *Anthrarobin.*	10,0	*Anthrarobin.* 20,0
Alkohol.	90,0	*Alkohol.* 80,0
10 % alkoh. Tinktur.		20 % alkoh. Tinktur.
3. *Anthrarobin.*	10,0	
Glycerin.	80,0	
Calef. solve.		
4. *Anthrarobin.*	10,0	*Anthrarobin.* 20,0
Boracis	8,0	*Boracis* 35,0
Aq. destill.	80,0	*Glycerin.*
		Spiritus ad 90,0

allen Applikationsformen wurde das Anthrarobin vertragen, ohne ei wochenlanger Anwendung Entzündung oder Jucken der Haut ugen, doch ist die Wirkung schwächer als die des Chrysarobins, so e längere Behandlungsdauer erforderlich ist. Sie ist jedoch stärker er Pyrogallussäure, und hat das Mittel vor der letzteren den Vorzug, keine giftigen Eigenschaften besitzt. Wesentlich verstärkt wird die g des Anthrarobins, wenn der Applikation desselben Einreibungen mit seife oder mit Spiritus saponatus kalinus voraufgeschickt werden. es bei Psoriasis, Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor und Ery- angewandt und hat bei Psoriasis beobachtet, daſs Initialformen ach 4—7 Einreibungen, weiter entwickelte Effloreszenzen dagegen ch längerer Behandlungsdauer, mitunter erst nach 3—4 wöchentlicher lung, schwanden. Herpes tonsurans des Bartes heilte, ohne daſs es lung von parasitischer Sykosis kam, ein Beweis, daſs das Mittel n genug ist, um die Pilze zu töten, bevor sie erst noch in die er Follikel gewuchert sind. 2 Fälle von Erythrasma wurden in etwa en geheilt.

ur Therapie der akuten Jodoformdermatitis, von Dr. KREVET in usen in Th. (Ebendaselbst.) Verf. hat an sich selbst beobachtet, s Gefährliche der Jodoformentzündung im Jucken und im unvermeid- Kratzen liege und daſs heiſse lokale Momentbäder das beste Mittel n sind. Ein 3—4 maliges Eintauchen in heiſses Wasser oder in Milch, so warm man es ertragen kann, genügt, um den Reiz zum n zu beseitigen, wodurch dann jede Entzündung und Schwellung den wird.

ur pharmakologisch-experimentellen Untersuchung des Naph- nd der β-Oxynaphtoësäure, von G. WILLENZ. (Ebenda.) Aus den hen des Verf. geht hervor, daſs beide Präparate des Naphtols sehr ch auf den Tierkörper wirken, das Naphtolum crudum aber bei

subkutaner wie stomachaler Applikation viel energischer, als d
Präparat. Die toxischen Eigenschaften der beiden Präparate anlan
wenn man die Katzen aufser acht läfst, denen bekanntlich ein
Empfindlichkeit gegen alle Verbindungen der aromatischen Reihe z
jedenfalls die toxische Wirkung des Naphtols von Neisser sta
trieben.

Animale Lymphe und Herpes tonsurans, von Dr. Hager
klin. Wochenschr. No. 10.) Auf Grund der in den letzten Jahren
Impfungen vorgekommenen Hautkrankheiten hat Verf. alle bis d
kannten Fälle zusammengestellt und kommt zu folgenden Resultate:

1. In den letzten drei Jahren haben in den verschiedensten G
Deutschlands Bedingungen geherrscht, welche einer epidemischen
tung des Herpes tonsurans, wie man sie früher nicht kannte, gü
wesen sind.

2. Die Impfung mufs ein diese Herpes tonsurans-Epidemien
günstigendes Moment genannt werden; sie schafft Ansammlun
jugendlicher Individuen mit zarter Haut in einem Raum; das Er
derselben trägt zum Freiwerden der Pilze bei, durch die
wie durch den Ablauf der lokal entzündlichen Erscheinungen
Schutzpockenstelle wird eine der Haftung des Pilzes günstige H
erzeugt.

Durch diese Erklärungsversuche soll die Möglichkeit, dafs
treffende Pilz auch in animaler Lymphe sich finden könnte, und
vom Kalbe abgekratzt, nicht aufser acht gelassen werden. Man
Hautaffektionen der Impftiere noch eine viel gröfsere Aufmerksam
wenden, als man es bisher schon gethan hat. Man wird aber
öffentlichen Impfungen an solchen Orten, wo Impetigo contag.
entweder unterlassen, oder sorgfältig in dieser Weise erkrankte Kin
zu halten sich bemühen.

Ein Fall von Myxödem, von Dr. Hirsch in Königsber
(Ebenda.) Der von H. veröffentlichte Fall hat insofern ein Intere
derselbe seit der Entstehung beobachtet ist und sich viel länger
hat, als die bis jetzt bekannten Fälle. Die Obduktion der schliefsli
epileptiformen Konvulsionen zugrunde gegangenen 58jährigen
ergab, dafs die Schilddrüse vollständig fehlte. Die Untersuchun
Stückchen Cutis von einer Stelle des Halses, die früher sehr
myxödematös verdickt gewesen war, ergab nur eine auffällig sta
wickelung der elastischen Fasern, sowie hochgradige Leukocyten
lungen in nächster Umgebung der Cutisgefäfse. Die letzteren st
sich stellenweise bis zur Bildung kleiner, unscharf begrenzter leuk
Zellenherdchen. Sonst war keine Abweichung vom typischen Struk
der Haut zu konstatieren. Verf. glaubt übrigens, dafs einzelne
chronischer Jodismus früher beschriebenen Fälle nach längerer Anw

rker Gaben Jodkali innerlich, oder Injektion grofser Mengen von
ur, unverkennbare Ähnlichkeit mit der Cachexia strumipriva, also
t dem Myxödem zeigen, und dafs das gedunsene Aussehen ebenso
geistige Torpor, die in manchen Fällen solchen Patienten zuge-
n werden, wohl eher dem plötzlichen, durch die grofsen Jodgaben
führten Schwunde des Kropfs als der unmittelbaren Wirkung des
schreiben sind.

er Hauttuberkulose durch Inokulation und Autoinfektion,
STEINTHAL. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 10.) Verf. beschreibt
inen Fall von wahrer Hauttuberkulose, dessen Ätiologie höchst
einlich darin zu suchen ist, dafs die Frau sich bei Reinigen der
ihres phthisischen Mannes infizierte — also eine lokale Inokulations-
se acquirierte. Der Sitz der Erkrankung waren die Hände, ohne
ig bestehende Lungentuberkulose, wobei sich ganz lokal flächen-
er Haut die Tuberkulose etabliert hatte. An einem zweiten Fall
nachzuweisen, dafs Lupus direkt von einem skrofulösen Herde
entwickelte. An einem 14jährigen Jungen wurde mit dem scharfen
nd dem Paquelin Lupus der Nase behandelt; derselbe hatte sich
Fistel, die von einer Operation wegen Ostitis und Periostitis des
ns zurückgeblieben war, entwickelt. Von der in ganz ungewöhn-
Weise vom Lupus ergriffenen Nase setzte sich derselbe auf die
und Oberlippen fort. Er hat aber auch schon andre Gebiete des
befallen, wie aus den zahlreichen Hautnarben der rechten Ellen-
ge, über der rechten Patella, am rechten Gesäfs, am linken Fufs-
u ersehen ist. Die exstirpierten Halsdrüsen erwiesen sich mikros-
uberkulös. Diesen Fall erklärt St. auf die Weise, indem er glaubt,
Patient sich selbst an den verschiedensten Stellen, nachdem ein-
primärer Herd da war, durch Kratzen mit beschmutzten Fingern
inokuliert hat. Ein dritter Fall betraf einen 34jährigen Schuh-
dessen Lungen nicht ganz unverdächtig waren, und der wegen
ulärem abscedierenden Fungus des linken Sprunggelenkes operiert
der Stelle, wo die Blechschiene den Patienten, und zwar etwas
n Condylus internus der linken Tibia, gedrückt hatte, hatte sich
rkulöser Prozefs entwickelt. Ein vierter Fall betraf einen 11jährigen
der blafs, schlecht genährt aussah, und eine spitzwinkelige Kyphose
stwirbelsäule hatte. Über dem ganzen Körper ein lichenartiger
g. Auf der linken Halsseite, entsprechend dem vordern Rande des
is, eine ½-Pfennigstück grofse Stelle als eine etwas prominierende,
nicht nässende, bläulichrote Infiltration der Cutis, die an ihrer
ie feine Schüppchen zeigt. Ähnliches am rechten Mundwinkel.
dritten und vierten Finger der rechten Hand zeigen die Nägel
ne Störungen, die Nagelglieder sind kolbig angeschwollen, am
es Nagelbettes wuchern kleine, schwammige Granulationen heraus.
n exstirpierten Stückchen der erkrankten Hautstelle an der Hals-

seite fanden sich Tuberkel und Tuberkelbacillen, bei den übrig
paraten ergab die Untersuchung ein negatives Resultat, doch
St. nicht, dafs es sich auch an den Fingern um einen tuberkulösen
handelte.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Harnröhrenstri
von Dr. L. Casper. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 11 und 12.) Die
Strikturen haben ihre Ursache in organischen Veränderungen der U
wände, und kann man zwei grofse Gruppen unterscheiden, nämlich
welche durch heteroplastische, und solche, welche durch idioplastis
dungen entstehen. Zu ersteren gehören die Tumoren, Epitheliome, S
Fibrokarzinome und Tuberkel, die von der Harnröhrenwand ausgeh
selbe infiltrieren, und auch frei in das Lumen der Harnröhre hin
können. Die zweite Gruppe wird bedingt durch die Folgen überst
Gonorrhöen. Bei länger bestehender Striktur bildet sich proportio
Grade der Anstrengung, welche erforderlich ist, um den Urin du
verengerten Kanal hindurchzutreiben, eine Hypertrophie der Subst
Urinblase aus. Letztere kann schliefslich zur Dilatation der Urete
des Nierenbeckens und so endlich zu einer Pyelonephritis führe
diesem Grunde mufs jede Striktur frühzeitig behandelt werden
normale Harnröhre mufs jedes Bougie durchlassen, das den Meatus
passiert, jedenfalls aber ein Bougie von No. 20 französisch. Hin
der Therapie gibt es vier Methoden zur Heilung der Strikturen
Behandlung mit chemischen Agenzien, 2. die Dilatation, 3. die Urethr
4. die Divulsionsverfahren. Die Behandlung mit Ätzmitteln ist
in neuester Zeit ist jedoch ein Verfahren aufgetaucht, das schon vo
Zeit im Gebrauch war und das im wesentlichen eine Ätzwirkung
Es ist die elektrolytische Strikturbehandlung. Man führt den negat
einer 10—12zelligen Zinkkohle-Chromsäurebatterie an die Vo
der Striktur, während die positive Elektrode am Perineum oder
Blasengegend angesetzt wird. Die Dilatation ist jedoch die ei
natürlichste und rationellste Methode, und hierbei erwähnt Ve
bekannten Methoden.

Zur Behandlung der infektiösen Urethritis durch Anthr
von Dr. H. Lohnstein. (*Allg. med. Central-Zeitg.* No. 16 und 17.)
Gonokokken auch die Fähigkeit besitzen, durch die obersten Schich
Mucosa hindurch wandernd, sich in den Saftspalten des Papillarkörp
der Submucosa festzusetzen, so ist für die Therapie die Applikations
die vorteilhafteste, bei der das Medikament in möglichst innigen, a
den Kontakt mit der erkrankten Schleimhaut gebracht wird. Diese
rung mufs noch in höherem Grade erfüllt werden, wenn es sich um
skripte, ulceröse Prozesse handelt, die sich bei chronischer Urethr
Follikularabscessen zu bilden pflegen. Die Injektionen wirken d
gar nicht, besser schon die Unnaschen Zinnsonden oder die Casp

rten Stahlsonden, doch üben diese in der grofsen Mehrzahl der nen zu starken Reiz auf die erkrankte Urethralschleimhaut. Die die Medikamente in Gelatine- resp. Leimmasse suspendiert auf die aut zu bringen, hat unleugbare Vorzüge. Doch haben die vom er Stephan aus Treuen in den Handel gebrachten Antrophore die- orteile der löslichen Bougies, ohne ihre Nachteile zu besitzen. Mit wurden 93 Patienten behandelt, und zwar handelte es sich in n um akute, in 39 Fällen um subakute, und in 28 Fällen um ne Gonorrhöe mit Beteiligung der Prostata. Von den wegen akuter Se leidenden Patienten wurden geheilt 24. In zwei Fällen waren ge zu verzeichnen. Bei den 39 an subakuter Gonorrhöe erkrankten n erwiesen sich die Stäbchen in 32 Fällen als erfolgreich; Mifs- wurden in 7 Fällen beobachtet. Von den 28 chronischen Gonorhöen ich in 22 Fällen die Behandlung mittels Antrophoren erfolgreich, ibrigen 6 Fällen konnte keine Besserung erzielt werden. Die Be- sdauer schwankte bei den akuten Gonorrhöen zwischen 1 bis n, bei den subakuten zwischen 2 und 5 Wochen, während sie chronischen Urethritiden meist erst nach sechswöchentlicher Be- erzielt werden konnte. Zur Verwendung gelangten 2 und 5 % ntrophore, 0,5 % Zinksulfat- und 5 % Acid. tannicum-Antrophore. nge Antrophore genügen; vor der Einführung derselben wird die re mittels 2 % Borsäurelösung durch den Zülzerschen Spül- von den sie bedeckenden Eiter- und Exsudatmassen befreit. Im nen genügt es, pro die nur einen Antrophor zur Anwendung zu

er einen merkwürdigen Haarausfall bei einer Hysterischen, f. Neisser. (*Bresl. ärztl. Zeitschr.* No. 3.) Ein 14jähriges, seit hochgradig hysterisches Mädchen klagte plötzlich über büschel- Haarabfall an vorher eminent schmerzhaften Stellen der Kopfhaut. ichnete vorher die empfindlichen Bezirke, von denen sich nachher Haare abnehmen liefsen. Auch nach Applikation des elektrischen an solchen vorher bezeichneten Schmerzstellen nahm sie in Gegen- Arztes Büschel von Haaren ab. Aus der Untersuchung, nament- mikroskopischen, ging evident hervor, dafs die Kranke aus uner- n Gründen sich die Haare abschnitt; denn überall waren an den- nd zwar an beiden Enden der „abgebrochenen" Büschel gerade, chnittflächen, nirgends die unregelmäfsigen Bruchenden und Spitzen sgerissenen oder abgebrochenen Haares sichtbar.

n Fall von Conjunctivitis syphilitica, von Dr. G. Guttmann. *in. Wochenschr.* No. 9.) In der Sitzung der Berl. med. Gesellschaft Februar stellte G. eine 26jährige Patientin mit einer syphilitischen ung der Conjunctiva palpebr. vor; dieselbe aquirierte Ende Sep- vorigen Jahres ein Ulcus genital.; im Oktober erfolgten Sekundär-

erscheinungen, an denen Patientin mit 40 Sublimatinjektionen bel
und angeblich geheilt wurde. Seit 5 Wochen besteht wieder st
Ausschlag, Defluv. capillor. und Kopfschmerzen, seit dem 25. Januar
entzündung ohne Sehstörungen. Man sieht bei der Untersuchung der
lider eine flach erhabene rundliche Infiltrationszone in stark hyperä
Umgebung und auf der Höhe derselben stellenweise Epithelabschür

Über die neuesten Fortschritte in der Syphilistherapi Prof. NEISSER. (*Bresl. ärztl. Zeitschr.* No. 2.) Für die Therap primären Stadiums soll 1. jedes der Syphilis verdächtige Lokallei zeitig wie möglich durch energische Lokalbehandlung zerstört oder tiefe Exzision entfernt werden. 2. Auch ausgebildete Primäraffekte wo der anatomische Sitz es gestattet, tief exzidiert werden. 3. Finde operative Behandlung statt, so ist eine bessere, als die bisherige I lungsweise mit Kalomel und ClNa-Wasser, oder mit Empl. hydrar nicht gefunden. Zur Allgemeinbehandlung übergehend, erklärt sich folgende Lehre: 1. Die Allgemeinbehandlung soll wesentlich eine mer sein. 2. Sie soll nicht eher beginnen, als bis die Diagnose Syphili jeden Zweifel erhaben feststeht. 3. Sie soll nie vor dem vierten heitsjahre beendet werden. Sie besteht aus häufig wiederholten ener Haupt- und milderen Nebenkuren, die stets, durch mehrwöchentlich mehrmonatliche Pausen getrennt, je nach der Konstitution des K und dem Verlauf der Krankheit geleitet werden. Was nun die A Kuren anbetrifft, so empfiehlt N. beim innern Gebrauch des Hg d limat (0,03—0,04 p. die) in Lösung mit zehnfacher ClNa-Menge i nach der Mahlzeit. Besser sind die Injektionen mit löslichen Hg- doch erreichen auch sie nicht den Wert der Inunktionskur, wel her als die wirksamste aller antiluetischen Hg-Methoden galt. Ihr wertig hält N. nur die Kalomelinjektionen. Die von UNNA emp Einwickelung mit Empl. hydrarg. wendet Verf. nur in der Kinde an, indem er von Sublimatbädern nichts erwartet. Neben der All behandlung muſs die Lokalbehandlung im Auge behalten werden, Ulcera das Empl. mercur., bei Schleimhautplaques Bepinselungen n limatbenzoetinktur (1 : 100); bei ulcerösen Formen wirkt das J oxyjodicum besser als das Jodoform. Bei Merkurial-Ulcerationen die von GERHARDT angegebene Bromwasserstoffsäure entschiedene H lung. Was die Jodbehandlung anbetrifft, so muſs es in schweren in viel gröſseren Dosen (bei Hirn- und Rückenmarksfällen), 6—8—1 die in Milch, gegeben werden. Bäder, Schwitz- und Trinkkuren hä nur für Hilfsmittel. Eine besondere Rolle spielt die Vererbungsf der Syphilis; man hat demgemäſs vor der Ehe, während der Gr u. s. w. in allen verdächtigen Fällen energisch vorzugehen.

Berlin. L. HOFFMANN

Österreich.

Hochgradige Perichondritis laryngea syphilitischer (?) Natur. ständige Heilung durch Jodkalium, von Prof. SCHNITZLER, *nat. klin. Rundschau.* No. 1. 1888.) Ein Apotheker, 30 Jahr alt, en auf der Poliklinik und liefs sich in der laryngologischen Ab- g untersuchen. Man konstatierte bedeutende Schwelluug der ganzen opfschleimhaut, insbesondere war die Epiglottis stark gerötet und kt; am Rande beiderseits Geschwüre, die sich von da über die glottischen Falten hinzogen. Sitz und Aussehen der Geschwüre er- en sofort den Verdacht auf Syphilis. Eine definitive Diagnose auf is war nicht sicher zu stellen, da Patient wohl Tripper mit darauf- der Inguinaldrüsenschwellung gehabt hat, jedoch Syphilis entschieden rede stellte, und als, in anbetracht einer nachweisbaren Lungen- on, Tuberkulose des Larynx immerhin möglich schien. Es wurden wegen des Zweifels über das Wesen des Prozesses, Jodoform-Insuffla- verordnet; da aber diese nichts nützten, so nahm man durch mehrere en eine systhematische Inunktionskur vor; aber auch diese Behand- blieb ohne Erfolg, der Prozefs im Kehlkopfe machte sogar chritte. Der Zustand verschlimmerte sich stark und die Atem- verden wurden so hochgradig, dafs die Tracheotomie bereits ernst- n Erwägung gezogen wurde. — Trotzdem bei solchem Verlaufe des ns auch die Diagnose in betreff der Syphilis neuerdings zweifelhaft und man die Frage, ob doch nicht Tuberkulose vorhanden wäre, als in Betracht ziehen mufste, beharrte S. doch bei seiner ursprüng- Diagnose und verschrieb nunmehr Jodkali in grofsen Dosen, gs 3, später 4—5 g täglich. Die Wirkung dieses Medikamentes war geradezu überraschende; Patient genas vollständig. — Hat es sich in n Falle wirklich um Syphilis gehandelt? Prof. SCHNITZLER bejaht dies.

Mitteilungen aus dem Gebiete der Syphilis, von Prof. NEUMANN. llsch. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 20. Januar 1888.)

1. Behandlung der Syphilis mittels Kalomel-Injektionen. Nachdem diese Methode von SCARENZIO (Pavia) schon vor 23 Jahren e Therapie eingeführt, ist das Kalomel, namentlich in neuerer Zeit, rholt auf Kliniken versucht worden, und mehrere Auteren wollen von Kalomelbehandlung geradezu wunderbare Wirkungen gesehen haben, n häufig nur wenige Injektionen dieses Mittels genügen, um die sekun- Erscheinungen der Syphilis zum Verschwinden zu bringen. NEUMANN eit geraumer Zeit mit dem Kalomel Versuche gemacht und es an einer e von Kranken systematisch erprobt. Die dazu verwendete Lösung ist nde:

℞ *Calomel.*
Natr. chlorat. ää 5,00
Aq. destill. 50,00

S. Auf einmal eine Pravazsche Spritze voll zu injizieren, 0,10 Kalomel enthält.

Die Resultate des Vortragenden sind jedoch nicht so günstig Kalomelbehandlung wie die andrer Autoren. So fand N., dafs im meinen viel mehr Injektionen zur Beseitigung der luetischen Erschei notwendig sind, als dies sonst angegeben wird. Wenn man mit K die Präventivkur der Luës versucht, so findet man, dafs die seku Symptome statt in der achten Woche, erst in der zehnten eintreten, w dieses Hinausschieben mittels der Inunktionskur für mehrere Wochen Monate, stattzufinden pflegt.

2. Einflufs des Erysipels auf den Verlauf der konsti nellen Syphilis. Vor Jahresfrist hat Redner zwei Fälle von E bei Syphilitischen beobachtet, aus welchen hervorgeht, dafs das E jene Stellen, die es befällt, von den luetischen Erscheinungen befreit

Eine Kranke wurde dreimal von Gesichtserysipel befallen. ersten Male schwanden die erbsengrofsen Knoten, und es blieben nur schuppende Papeln übrig. Beim zweiten Male schwanden auch die beim dritten beseitigte die erysipelatöse Affektion die noch zurückgebli hyperämischen Flecke.

Der zweite Fall betrifft einen Mann mit einem Ulcus indu Das Erysipel hat die Induration nicht beeinflufst, das Exanthem erfolgte erst 73 Tage nach erfolgter Infektion. Aus letzterem geht hervor, dafs das Erysipel, ähnlich andern fieberhaften Krank von vorübergehend günstigem Einflusse auf die syphilitischen Pr sein kann, dafs aber eine Heilung der Syphilis durch Erysipel erfolgt.

Zum Schlusse demonstrierte Neumann histologische Präparat **Copaiva-Exanthem.** Es zeigt sich um die Haarbälge und Sc drüsen eine kleinzellige Infiltration, der Papillarkörper bleibt frei.

Über einige seltene Formen von Hautkrankheiten, von Schwimmer. (*Internat. klinische Rundschau.* No. 4. 1888.)

1. Framboesia. Verf. bespricht vor allem die historische Ent lung der Benennung: Framboesia. Da dieses papillomatöse Leid andern Formen sich zu bilden pflegt, ist nicht zu leugnen, dafs verschiedene Weise entsteht, jedoch auch spontan in kleineren Partie am ganzen Körper auftritt. Auch in diesem Falle ist es schwer z scheiden, ob das Leiden nicht vielleicht idiopathisch sich entwickelte, dem am Körper solche Veränderungen zu finden sind, die auf ein Hautübel schliefsen lassen. Patient kam auf die Abteilung S.s mit Lupus serpiginosus an den oberen Extremitäten, am rechten Unterse ein 10 bis 12 cm breites, den ganzen Unterschenkel umfassendes p matöses Geschwür, das seit einem halben Jahre besteht. Die höck Gebilde sind durch tiefe Furchen voneinander getrennt. Patient Kaufmann ist, mufste viel stehen; er hatte viel an Varicen zu leide

n Partien der Haut bemerkte er jedoch keine krankhaften Verände-
en. Das Leiden entstand daher entweder aus einem Ekzem oder
s. Die Symptome eines Ekzems waren nicht vorhanden, Patient be-
tet aber entschieden, dafs die Symptome des Lupus, wie auf den
en Teilen des Körpers, sich da nicht zeigten; trotz alledem mufs man
annehmen, dafs es Lupus war, der weder subjektive noch objektive
neinungen hervorrief, und so verstrich das erste Stadium. Das Gebilde
e mikroskopisch untersucht; es fanden sich Granulationen vor, die den
en Granulationen keineswegs entsprachen.

2. Lupus universalis. Ein sehr interessanter Fall von dieser
tion, die sich auch auf die unteren Extremitäten und den Penis aus-
ete. Aus den lupösen Narben entwickelte sich Keloid. Die Krankheit
ht seit vier Jahren.

3. Ichthyosis universalis congenita. Der 22jährige Patient
on kleiner Statur, mager, mit schwachem Knochensystem. Die Haut-
e trocken, rauh, nicht elastisch, in Falten nur schwer oder an einzelnen
en (Stirn, auf der Streckseite der Extremitäten) gar nicht zu erheben.
phie und Sprödigkeit der Haut hochgradig. Beide Ohrmuscheln sind
immert, und nur der zusammengeschrumpfte Knorpel ist mit der
gen dünnen Haut vorhanden. Die ganze Hautfläche ist durch die
yosis verändert; die Schuppen sind in juxta positionem nebeneinander,
fs gesunde Hautpartien nicht zu sehen sind.

Wien. DEL TORRE.

Bericht der syphilitisch-dermatologischen Klinik des Professor D. LANG **in Innsbruck.** Für das Solarjahr 1886. Von Dr. FRANZ CHTER. (*Ber. d. naturw. mediz. Ver. in Innsbruck.*) Detaillierte stik der teils ambulant (506), teils stationär (325) behandelten Kranken. Syphilis sind subkutane Einspritzungen von Oleum cinereum in Dosen 0,05—0,20 ccm zweimal wöchentlich, meistens auf den Rücken gegeben en; ähnliche Behandlung lokal bei Onchitis, Epidydimitis, Lympha- is inguinalis. Bei Ulcus cruris kam die Quecksilberoxydulgaze in endung. Aus der ausführlichen Kasuistik ist ein Fall von Liodermia ea zu erwähnen. L. bezeichnet damit eine an einer 39jährigen Frau achtete, eigentümliche, rotfleckige, juckende, ziemlich symmetrische ärbung der Gesichtshaut. Dieselbe heilte mit Hinterlassung geringer iger Veränderungen.

Felsberg. PHILIPPI.

v. HEBRA stellt in der Gesellschaft der Ärzte am 27. Mai 1887 ein Tage altes Kind mit **Ichthyosis congenita** vor. Mäfsiger Grad, saugt gut, schläft gut. Wendet Aq. calcis, Ol. lini ää an. (*Wien. med. henschr.* No. 23. 1887.)

---

v. Dittel berichtet in der Gesellschaft der Ärzte am 10. Ju
von einem **Steinschnitt** an einem 64jährigen Manne, dessen Besch
seit circa 14 Jahren bestanden. Dittel entfernte 26 Steine,
von beträchtlicher Gröfse. (*Wien. med. Wochenschr.* No. 25. 1887.)

Im Verein deutscher Ärzte in Prag vom 11. März 1887 teilt D
die Resultate seiner Untersuchungen über das **Rhinosklerom** mi
das er zwei Fälle nach der histologischen und bakteriologischen S
prüfen können. Im wesentlichen bestätigt er die Paltauf-Eiselsbe
Befunde bez. der Bacillen und ihrer Wachstumsverhältnisse; die
hat er in beiden Fällen rein zu kultivieren vermocht.

D. betont die grofse Imbibitionsfähigkeit der Rhinosklerom
mit fast allen in der histologischen Technik gebräuchlichen Farb
wodurch eine isolierte Bakterienfärbung überflüssig wird. Bei Beh
der Gewebsstücke mit Osmiumsäure nach Alvarez gelang es nicht
besonders im Bereiche der Zellinterstitien und Lymphräume, Kaps
den Bacillen nachzuweisen. Die das Gewebe des Rhinoskleroms
tuierenden verschiedenen Zellformen fafst D. auf als Übergangsstad
den gewöhnlichen Rundzellen zu den von Mikulicz beschriebenen
schen Zellen, deren Vorhandensein zur histologischen Diagnose des
kleroms notwendig ist, und die in beiden Fällen von Mikroorganis
füllt waren. Als interessanten Befund hebt D. hervor, dafs man
einen Falle, im Vergleiche zu den vor drei Jahren demselben Indi
exzidierten Geschwülsten, jetzt eine erstaunliche numerische Zunah
hydropischen Zellen konstatieren konnte; während dieselben dam
ganz vereinzelt und in den tieferen Hautschichten auftraten, trifft
jetzt nach dreijährigem Bestande meist unter dem Rete Malpighii
und zu gröfseren Gruppen vereinigt.

Was die pathogene Natur der Rhinosklerombakterien anbela
hält D. möglichste Reserve für geboten, so lange es nicht gelun
experimentell den Krankheitsprozefs an Tieren zu erzeugen. (*Wie
Wochenschr.* No. 15. 1887.)

Riehl stellt in der Gesellschaft der Ärzte vom 3. Juni 188
Fälle von **akutem umschriebenen Ödem der Haut** vor (Quincke
erste Patient leidet seit drei Jahren an solchem plötzlich auftretende
der Jochbeingegend; der zweite an Ödem der oberen Lider. Du
cidive hat letzterer die oberen Lider als vorhangartige Klappen herab
(*Wien. med. Wochenschr.* No. 24. 1887.)

In der folgenden Sitzung vom 17. Juni 1887 knüpft Riehl
einige Bemerkungen daran. Dieses Ödem ist nie entzündlich, v
schiedener Konsistenz, mitunter ungemein derb, übergeht allmählich
gesunde Haut, zeigt manchmal Tendenz zum Fortschreiten auf d
gebung. Die subjektiven Beschwerden beschränken sich gewöhnlich
leichtes Jucken, jedoch sind Fälle bekannt, wo bedeutende Niedergesc

omnolenz, häufiges Erbrechen und Durchfälle während des Anfalles
len. (Quincke, Strübing.)
as ätiologische Moment ist noch unklar, für einige Fälle wurden
nervöse Erregungen angegeben, in andern sind hereditäre Anlagen
den. Die Erfahrungen über den Zusammenhang dieser Affektion,
elcher überhaupt erst circa 20 Fälle beschrieben sind, mit andern
kungen fehlen. Sie ähnelt Prozessen, welche als persistierendes oder
Ödem (Lassar) bezeichnet wurden. Auch das Myxödem scheint
ht einige Beziehungen zu dieser Krankheit zu haben. Die gröfste
keit hat sie jedoch mit der Urticaria, welche jedoch durch die Art
kalisation leicht unterscheidbar ist. Quincke hat die Lähmung der
uskulatur, Strübing eine Angioneurose reflektorischer Art als Ur-
ngenommen.
russ berichtet im Anschlusse hieran über einen Fall von retrobul-
Ödem, welches plötzlich bei einem gesunden Manne unter heftigem
merz, Schwindel, Erbrechen, Pulsverlangsamung entstand. Es be-
edeutende Protrusion des betreffenden Bulbus, ödematöse Schwellung
lhaut und Conjunctiva; die Netzhaut war blafs, die Papille vorge-
Beweglichkeit des Bulbus frei. (Befund von Hanns Adler.) Nach circa
den hörten die oben geschilderten Erscheinungen auf, nach 14 Tagen
erfolgte nach einer heftigen Erregung abermals der gleiche Anfall
ederholte sich noch drei mal. v. Bamberger diagnostizierte damals
robulbäres Ödem mit günstiger Prognose. Ein dritter Anfall erfolgte
e bedeutende physische Anstrengung.
eynert weist auf ähnliche Prozesse im Gehirne hin, wo akut ein-
e Ödeme Herderscheinungen hervorrufen können, welche z. B. in
Falle an eine Affektion des Hirnschenkels denken liefsen, wo bei der
ie aber lediglich starke ödematöse Schwellung desselben gefunden
in einem andren Falle, welchen auch v. Bamberger beobachtete,
en Symptomenkomplex einer Meningitis darboten. (*Wien. med.*
nschr. No. 26. 1887.)

Über das Ekzem der Genitalien der Diabetiker, von Fournier. (*med. Wochenschr.* No. 26. 1887.) In dem eigentümlichen Deutsch, e Übersetzung dieses Aufsatzes bietet, ist von ekzematösen und nösen „Diabetiden" die Rede. Bei Weibern als Vagina-Erythem, be- s am Eingang der Vagina, bald in ein Ekzem übergehend. An den echtsorganen der Diabetiker weifsliche Punkte, besonders an den nen; unter dem Mikroskop als Sporen und Pilze der Saccharomyceten t. Lange Behandlung, warme Bäder, alkalische Waschungen und ionen von Natr. bicarb. und Borsäure, nach der Injektion mit Zink- nd Wismut bestreuen. Daneben Behandlung des Diabetes.
Beim Manne: a. als erythematöse, b. als erosive Balanitis. Beinahe uch die Vorhaut affiziert. „Charakteristisch sind die an dem n Ringe der Vorhaut entstandenen Risse und Spalten, so

dafs man immer bei ihrer Gegenwart auf Diabetiden schliefsen
Der zuckerhaltige Harn wird in das Präputium gelassen, so w
Balanitis sero-purulent. Fast stets mit Balanoposthitis verbunde
weilen als Komplikation eine Inguinallymphangoitis, wodurch der V
auf ein Neoplasma erregt wird. Letzteres entsteht auch oft, wie F.
infolge des steten Reizes des diabetischen Harns. Werden die „Diab
des Penis gangränös, so ist ein Irrtum in der Diagnose sehr leicht m
F. rät, nach jedem Urinieren das Glied zu waschen, zwischen Vorh
Eichel Watte einzulegen und die Läsion mit Wismut oder Zinko
bestreuen. Bei vorgeschrittener Gangrän: Jodoform und lokale, 5—
den lange, warme Bäder; das Ekzem der Haut wie jedes andre
Beinahe unmöglich ist aber, die Phimosis zu beseitig
keine Zirkumzision! „Schon ein unbedeutendes Kratzen bringt b
betikern ein Erysipel, eine Phlegmone zustande", ja selbst den Tod
eintreten sehen. Auch der Kauterisation und Ignipunktur mufs ma
trauen. Nicht ohne Erfolg Injektionen mit Lapislösung (1 : 2
stärkerer Irritation 2 : 200 Aq. dest.). Reservierte Prognose, wen
auch eine benigne und eine schwere Form unterscheiden kann,
stellen.

Kassner. **Über das Verhalten und den quantitativen Na
des Quecksilberchlorids in Verbandstoffen.** (*Pharm. Post.* No. 11

Verbandwatte, mit Sublimat imprägniert, zeigte nach 9 Monate
10 % an wasserlöslichem Salz. Der Rest von 90 % war als Kal
der Watte enthalten und durch heifses Wasser nicht auszulauge
rasch den wahren Sublimatgehalt von Verbandstoffen festzustellen
quantitative Analyse hält zu lange auf — hat Kassner, da Moh
metrische Methode (Eisenoxydulammonsulfat) durch die notwendi
wesenheit von Glycerin in den sublimathaltigen Verbandmitteln die
titrierung sehr hindert, eine neue Methode zu finden gesucht. Sp
über den Weg, den K. dazu eingeschlagen, ist im Original nachzus
Hier sei nur erwähnt, dafs es ihm gelungen ist, die Bildung von ba
Quecksilberchloriden in einer alkoholischen Lösung von Kal
zu unterdrücken. Die Methode ist rasch ausführbar und bietet ge
Sicherheit. Die Menge bezw. Stärke des Alkohols will K. durch fort
Versuche noch feststellen.

Methylorange wendet K. als Indikator bei diesen Versuchen
sonderen Vorteilen an.

München. Paul

England.

erungsverhältnisse als Ursache von Elephantiasis (Elephan- duced by posture) von Dr. E. D. **Mapother**. (Vorgetragen in bei der Jahresversammlung der British Medical Association im August Mitteilung eines einschlägigen Falles: Patientin, Dame von 80 Jahren, rend der letzten 7 Jahre infolge von chronischem Gelenkrheumatis- sitzender Stellung verharren müssen. Der Umfang der Beine dicht der Fufsgelenkspalte gemessen beträgt 20½ und 17′. Die Ober- er Haut weist die von der Vergröfserung der Papillen herrührende ristische himbeerartige Beschaffenheit auf nebst einzelnen Geschwüren m schwärzlichen Sekret und Lymphorrhöe.

e Ursache der Erkrankung ist zu suchen 1. in der abhängigen , welche bei ausbleibender Muskeleinwirkung das Aufsteigen der aus den unteren Extremitäten sehr erschwerte, 2. in der Hyper- s des Blutes infolge des Gelenkrheumatismus.

ephantiasis Arabum, von **Robert B. Morison**. (*Reference Hand- the Medical Sciences.*) Gedrängte Schilderung des Wesens und der ne der Krankheit mit Quellenangabe (*Lancet* 1878—1880) **Hebra**, **Neumann**. Ätiologisch spielen Erysipel, Ulcus cruris, chron. Ekzem, Thrombosen neben der Filaria sanguinis eine Rolle. Embryonen eren werden während des Schlafens, gleichgültig ob bei Nacht oder e, gefunden. Therapeutisch wird auch die Unterbindung der Ar- A. iliaca 1851 von **Carnochan**) empfohlen.

chen, von **Robert B. Morison**. (Ebendas.) Kurzgefafste, patho- natomische und klinische Beschreibung der Krankheit. Lichen anus und acuminatus sind in ihrem mikroskopischen Bau identisch; ktion besteht in Entzündung und Infiltration des Haarfollikels und Umgebung. Klinisch ist der atlasartige Glanz auf der Spitze der ierten konischen roten Papeln von miliarer bis Stecknadelkopf- welche der darübergleitenden Hand ein siebartiges Gefühl darbieten, eristisch. Sich selbst überlassen, kann die Krankheit durch zu- den Marasmus lethal endigen. Zur Therapie werden grofse Dosen oder Karbolsublimateinreibungen nach **Unna** empfohlen.

ber Krebs und karzinomatöse Erkrankung, von Sir **James Bart**. F. R. S. (Morton Vorlesung vom 11. Nov. 1887.) Redner für, dafs man Mikroorganismen oder deren Produkte als Ursachen rzinoms noch finden werde, und weist auf die Ähnlichkeit desselben Granulationsgeschwülsten hin. Die Metastasenbildung kann füglich rch ein im Blute kreisendes Gift erklärt werden. Die Prädilektion ebs für Uterus, Mamma, Lippen etc. erklärt sich daraus, dafs diese ntweder die am frühzeitigsten senil degenerierenden sind, oder

mechanisch am meisten insultiert werden, so daſs sie am ehesten ein minoris resistentiae abgeben. Gegen die Cohnheimsche Lehre versprengten embryonalen Keime spreche die vollständige Hete der Geschwulst vom Mutterboden. Wie ist es wohl möglich, schiedene Teile des Körpers, die in gesundem Zustand sich vollstä ähnlich sind, durch die krebsige Entartung eine völlig gleicha schaffenheit annehmen? Wenn wir nun aus diesen Gründen glaube daſs das Karzinom eine Infektionsgeschwulst ist, so liegt hierin forderung nach einem Heilmittel desselben zu suchen.

Felsberg. Phili

Italien.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. 1887.

Über eine bis jetzt noch nicht beschriebene Form vo syphilis, von Dr. G. Salsotto. Nachdem A. eine eruptive Gesichts beschrieben, die er bei 53 Prostituierten im Syphiloko Turin zu beobachten Gelegenheit hatte, und derselben die Beze papulo-squamöse Gesichtssyphilis beigelegt hat, gelang folgenden Schluſsfolgerungen: a. Es existiert eine besondere Form papulo-squamöser Syphilis des Gesichts, welche die Wangen, die die Nasenflügel, das Kinn (namentlich die Falten dieser Gesichtst Sitze hat. b. Sie zeigt sich immer im zweiten Stadium der Syp meistens im ersten Jahre der Infektion. c. Sie läſst sich nur wen eine spezifische Kur beeinflussen; darum hat sie eine relativ lan und lange bestehen also auch die konsekutiven Pigmentflecke fort weilen beobachtet man eine Recidivierung derselben Form an Stelle. e. Wegen dieser Eigentümlichkeiten kann man die papulo- Syphilis mit der Psoriasis palmaris et plantaris vergleichen.

Bei der Beschreibung, die uns Verf. in dieser Arbeit über meintlich neue bisher noch nicht beschriebene Form von Hautsyph entsteht jedoch der Gedanke, daſs es sich hier um nichts Andres als um die figurierte Form kleiner, in verschiedener Weise zu gruppierter Papeln; und diese Vermutung ist um so begründete allen 53 vom Verf. angeführten Fällen papulöse Eruptionen auch a Teilen des Körpers vorhanden waren.

Verf. hebt hervor, daſs er die qu. Form niemals beim gesehen hat; das wäre aber dem Umstande zuzuschreiben, wie selbst zugibt, daſs ihm keine Gelegenheit geboten ist, eine groſs männlicher Kranker zu untersuchen.

Über Lupus erythematodes, von Dr. Risso. Bei dem einander gesetzten Fall soll die Affektion zuerst in disseminiert

Aggregatform (Kaposi) aufgetreten sein, und nach einem relativ Zeitraume habe sie dann eine nicht unbeträchtliche Ausbreitung Gesichte, mit gleichzeitiger Lokalisierung auf der Mundschleimhaut, n.

kuratives Mittel wurde Unguentum neapolitanum angewendet. f. trug kleine Hautstückchen ab, vor und nach der Anwendung edikamentes, und behandelte sie in entsprechender Weise, wie dies istologische Untersuchung üblich ist: seine Untersuchungen liefsen e Veränderungen wahrnehmen, die die granulomatöse Neubildung n Einflusse des genannten Mittels eingeht.

ne eingehenden und exakten Untersuchungen gestatten dem Verf. Schlüsse:

Die Bestätigung der wohlthätigen Wirkung des Ung. neapolitanum gsmittel für die Eruptionen des Lupus erythematodes (ohne jedoch öglichkeit eines Recidivs zu sichern, ein Vorzug, dessen sich auch dre Behandlungsmethode rühmen kann, und sei es auch jene der g aller erkrankten Partien).

Bei dem Lupus erythematodes ist eine sehr deutliche anatomi- omatöse Phase zu konstatieren, die eben diesen Prozefs gegenüber upusvarietäten charakterisiert.

Das Ung. neapolitanum, wirkt dadurch, dafs es die körnchenfettige g der Infiltrationselemente sowie die Wanderung derselben er- und, als anatomische Erscheinungen des betreffenden Teiles, eine der Bindegewebsfasern veranlafst.

üglich der Ätiologie dieser Affektion bewahrt Verf. eine kluge ltung, indem er sich darauf beschränkt zu bemerken, dafs er enwart von Mikrokokken nachgewiesen habe, wie sie jüngst von ogli konstatiert wurden.

pra tuberculosa. Bakterioskopische Untersuchung von Dr. Marcacci. n 47jährigen Manne begannen die Füfse anzuschwellen; gleichzeitig er Anschwellung gab sich ein brennendes Gefühl an den unteren äten und an den Händen kund. Ein Jahr später traten zuerst an derarmen, dann an den Beinen und endlich am Gesicht kirsch- bis se Knoten auf, die von keiner schmerzhaften Erscheinung begleitet nur von Zeit zu Zeit wurde über denselben ein leichtes Jucken en. Bei der Vorstellung des Kranken waren einige dieser Knoten ert; die Haut, welche die unversehrten Knoten überzieht, ist stark isiert, die sie umgebende Haut ist in dem Umkreis von einigen tern gegen Schmerz ganz unempfindlich. Die Diagnose wurde auf nischte Form von tuberkulöser und anästhetischer Lepra Verf. verordnete dem Kranken die Behandlung der exulcerierten mittels Jodoformpulver und antiseptischer Medikation; zum inneren h die Roconstituentia und Kreosotpillen (zu je 0,01 Kreosot). Über olg dieser dem Kranken empfohlenen Kur kann Verf. nichts sagen,

da der Kranke, nachdem er nach seiner Heimat zurückkehrte, nichts von sich hören liefs.

Die bakteriologische Untersuchung ergab folgendes:

1. Bestätigung des Vorhandenseins des Bacillus Hansens und Ni in den leprösen Geweben.

2. Fehlen dieses Bacillus in dem aus gesunden Teilen entnom Blute.

3. Keine Eignung des Leprabacillus zur Kultur mit Anwendu üblichen Mittel und Züchtungsmethoden.

Die chemische Analyse des Urins wies eine Steigerung des Harn und der Harnsäure nach, welche Thatsache fast ausnahmslos bei d fektionskrankheiten zu beobachten ist.

Vasomotorische und sensible Neurose der Fufssohle (E melalgie Weir-Mitchells), von Dr. Marcacci. Verf. hatte Gelegenheit jungen Mann zu sehen, der an heftigen Schmerzen an den Fufssohle diese Schmerzen hatten einen heftig brennenden Charakter und ware Röte der entsprechenden Teile begleitet. Die betroffenen Stellen der sohle waren die Ferse und das vordere Drittel des Fufses, nam entsprechend den Zehen; die Konkavität der Sohle war frei. Die scheinungen traten am heftigsten während der Bewegung auf, oder we Kranke in geschlossenen, rauchigen und warmen Lokalen safs (Kaffee etc.), und milderten sich oder schwanden auch ganz während der Verf. hebt hervor, dafs sein Patient stets seit der frühesten Juge starker und leidenschaftlicher Fufsgänger war; nach lang strengenden Fufspartien litt er zuweilen an Maceration der Fufsepi die er mit Anwendung der einfachsten Mittel behandelte. Den Ur dieser übermäfsigen Fufsbewegungen, sowie die Disposition des Pa zu vasomotorischen Störungen möchte Verf. als ätiologische Momer rufen; auf die übertriebenen Muskelbewegungen, als Ursache diese rosen, haben schon andre Autoren hingewiesen (Landois, Srauss, Mitchell).

Nachdem Verf. das von seinem Patienten dargebotene kran Bild einer fleifsigen Untersuchung unterzogen und es genau beschr behauptet er, dafs es sich um eine Neurose sowohl der sensiblen al der vasomotorischen Nerven handle, die man, wegen ihrer Ähnlichke der von Weir-Mitchell so meisterhaft beschriebenen Affektion, au dem Namen Erythromelalgie bezeichnen könnte.

Der Patient hatte schon ohne ärztlichen Rat verschiedene Hau (Bestreichungen mit Fett, Seifenwaschungen, Waschungen mit Essig u. s. w.) gegen seinen so lästigen Zustand angewendet, jedoch oh sultat; das Eintauchen der Füfse ins kalte Wasser verschafte ihm vo gehende Erleichterung.

Von der Anwendung der Elektrizität (konst. Strom), die ihm zuerst riet, sah man auch keine Besserung. Da schlug ihm Verf.

ıtische Prozeduren vor; diesen unterzog sich Patient in einer Kalt-
eilanstalt; nach längerer fortgesetzter Behandlung trat vollständige
ein. Der Kranke kann jetzt seinen früheren Beschäftigungen un-
rt nachgehen und unternimmt auch lange Spaziergänge, ohne irgend
Schmerzen an den Fufssohlen zu empfinden.
ien. DEL TORRE.

Amerika.

inische Beobachtungen über Endoskopie der männlichen
, von Dr. HERMANN G. KLOTZ. (*New York Med. Journal.* 27. No-
1886.) Der erste Versuch der urethralen Endoskopie rührt von
AUX (1855) her. Verf. hat 100 verschiedene Fälle endoskopiert im
r letzten 4 Jahre; von diesen kamen 84 wegen chronischen Aus-
8 wegen belästigender Empfindungen nebst Ausfluſs, 4 wegen
und 4 wegen Prostatorrhöe in Behandlung. Verf. verwendet ein
URRERschen ähnliches Endoskop aus Silber, aber ohne den Trichter
arende; als Leuchtquelle dient eine Kerosenlampe mit Kohleplatte
ener Art.
rf. warnt dringend gegen Anwendung des Endoskops bei akuter
s; die normale Schleimhaut präsentiert sich wie ein Faltenfilter
s rosaroter Farbe mit glatter, glänzender Oberfläche. Bei chro-
Entzündung fällt auf, daſs nicht die hinteren Teile der Harnröhre
auch bei den hartnäckigsten Fällen die pars spongiosa Sitz der
ng ist. Dieselbe war überhaupt in 95 der 100 Fälle wenigstens
nkt. Desgleichen stellt sich Entzündung und Dilatation der lacunae
i als eine sehr häufige Affektion heraus und wird vom Verf. als
der chronischen Gonorrhöe angesehen. Von ganz besonderer
keit erweist sich die Endoskopie zur Diagnose und Therapie der
n. Operative Eingriffe ohne Anwendung des Endoskops bei Strik-
ezeichnet Verf. als völlig ungerechtfertigt. Die therapeutischen
bei den endoskopischen Fällen, die anderweitiger Behandlung hart-
widerstanden hatten, stellen sich als sehr erfreulich heraus. In
uf die angewandten Medikamente muſs aufs Original verwiesen

ll von Vitiligo der ganzen Körperoberfläche, von HENRY W.
SON. (*Americ. Journal of Medical Sciences.*) Derselbe betrifft einen
beiter von 37 Jahren, aus Österreich gebürtig, der von Haus aus
unklen Teint gehabt hatte. Sechs Monate nach Überstehen der
fingen weiſse Flecke sich zu entwickeln an. Langsame Zunahme
nächsten 10 Jahren, dann im Laufe der folgenden 4 Jahre rascheres
reiten, bis keine normale Haut mehr zu sehen ist. Gesundheit sonst
nahme dyspeptischer Beschwerden völlig normal.

Die Alopecie und deren Behandlung, von George Thomas (*Medical Record.* 7. April 1887.) Besprechung der 4 verschieden der Alopecien: 1. A. aduata; 2. A. senilis; 3. A. praematura; 4. A Die Ursache der A. senilis sucht Verf. in allmählicher Sklerosie Kopfschwarte infolge von fibröser Endarteritis. Bei Seborrhoea ca Defluvium capillorum empfiehlt er Ungt. sulphur. praecipitat (4:32

Zur abortiven Behandlung von Phlegmone, speziell der vermittelst Resorcininokulationen, von Dr. Ludwig Weiss. (*Me* 27. November 1886.) Verf. hat in einer grofsen Zahl von Phlegmo denen 5 Fälle kurz beschrieben werden) 10 % Lanolinresorcinsa wandt. Behufs besserer Resorption des Medikaments wird die Ha mit mehreren oberflächlichen Streifen skarifiziert. Der Erfolg sehr prompt geschildert, Aufhören der Schmerzen, Abfall des E 6—12 Stunden, doch mufs diese Behandlung frühzeitig eintreten.

Keratosis senilis und deren Beziehung zum Epitheli George H. Rohé. (*Trans. of the Med. and Chir. Fac. of Maryla* Bei älteren Individuen der kaukasischen Rasse finden sich manch häufungen von Epithelzellen in Gestalt rundlicher brauner oder licher Flatschen, welche, abgekratzt, eine blutende Stelle hinterla leicht recidivieren. Da dieselben schliefslich zu malignen Neul sich entwickeln können, so empfiehlt es sich sie möglichst früh in lung zu nehmen, und zwar mit Salben (indifferenten oder mit Aci und Sulphur praecip.) oder bei hartnäckigeren Fällen mit Kauterisi blutiger Entfernung des Gebildes.

Felsberg. Phili

Verschiedenes.

Chloroform als fäulniswidriges Korrigens, von Dr. W. H Unter allen zahlreichen Stoffen, welche im Laufe der letzten bakterienforschenden Jahre als Fäulnis und Gärung bekämpfend empfohlen worden sind, ragt vor allen das Chloroform hervor du Eigenschaften, sofern sie die Einwirkung auf die menschlichen O treffen, und durch die Bequemlichkeit, welche seine Anwendun dort darbietet, wo eine wässerige Lösung in Frage kommt.

Es löst sich nur in ganz geringer Menge in Wasser, es k was seine wässerige Lösung betrifft, für durchaus ungiftig gelten, u belästigt es in solcher Lösung den Geruchs- sowie den Geschm durchaus nicht. Es trübt wässerige Flüssigkeiten nicht, und schufs desselben setzt sich leicht und vollständig zu Boden und also ein verlustfreies Dekantieren. Es ist sehr flüchtig, und ein lindes Erwärmen der chloroformhaltigen Flüssigkeit genügt, um d Reste desselben zu verjagen.

Seine erste Empfehlung verdanken wir, soviel ich weifs, unserm
eister Hager.

Von seiner Wirksamkeit als Desinfiziens habe ich mich im Laufe des
angenen Jahres durch einige ganz einfache Versuche, die aber voll-
gen Beweis für seine Empfehlenswürdigkeit lieferten, überzeugt. Es kam
bei diesen einzig und allein auf die Praxis an und durchaus nicht auf
oskopisch kontrollierte Resultate. Ich ging dabei also auch nicht von
lisierten Lösungen aus, sondern richtete mich auf die Verhältnisse ein,
sie in der Offizin gegeben sind.

Mitte Mai nahm ich folgende, bekanntlich alle sehr rasch in Gärung
faulige Zersetzung übergehende Stoffe:

1. Zerriebene Kochenille 2 g
2. Mutterkornpulver 3 g
3. Zucker 5 g
4. Dextrin 5 g
5. Das Eiweis von einem Hühnerei.

Jeder derselben ward in einem, dem Standorte in der Offizin ent-
nenen 50 Grammglase mit nicht abgekochtem, aber filtriertem Elbwasser
35 ccm gebracht, bezw. gelöst. In jedes derselben wurden sodann drei
fen Chloroform getröpfelt, die Gläser mit Korkstopfen aus dem Kasten
Offizin wie üblich, aber fest verkorkt und die fünf Gläser dann auf ein
unter der Gipsdecke der Apotheke gestellt, an welchem Orte die
te Zeit des Tages über eine Wärme von 25 bis 30 Grad herrscht.
blieben die Gläser unberührt und unbeachtet stehen bis Mitte De-
er. Als dieselben geöffnet wurden, ergab sich folgendes:

Bei keinem war der Inhalt in Gärung übergegangen, und keins
irgend eine Spur eines fauligen Geruchs auf. Der Geruch von Chloro-
war nicht mehr erkennbar, ebensowenig wie dasselbe mit den Augen
zunehmen war. Es hatte sich also allmählich verflüchtigt. Irgend
Pilzvegetation war — das Hühnereiweifs ausgenommen — mit unbewaff-
n Auge nirgend zu entdecken. Im Hühnereiweifs, das, wie schon be-
t, nichts Fauliges riechen liefs, hatte sich ein Schimmelpilz anscheinend
Reinkultur entwickelt. Es darf wohl zur Erklärung angenommen
en, dafs, während alle Fäulnisbakterien durch die lange Einwirkung
Chloroforms abgetötet worden waren, die Sporen des Schimmelpilzes
gen lebenskräftig geblieben und später nach Verdunstung des feind-
n Chloroforms zur Keimung gekommen waren.

Die Nutzanwendung, welche man von dieser Eigenschaft des Chloro-
in der praktischen Pharmazie würde machen können, ist eine so
ltige, dafs ich darauf verzichten kann, eine Reihe von Fällen hier
führen. (*Apothekerzeitung.* 1888. No. 25.)

C. Liebermann. **Über die Leukostufen der Anthrachi stoffe.** Die Anthrachinonfarbstoffe liefern bei der Reduktion (m Essig- und Salzsäure) Leukostufen mit folgenden Gruppen:

Besonders leicht faßbar sind die Acetylprodukte, von (I) ist nur beständig. Die Leukostufen gehen durch Oxydation sehr leicht w die Farbstoffe über. So liefert die Chrysophansäure das Chry hydranthron:

hellgelbe Blättchen aus Benzol (F. 200—206°), dessen Acetylprodukt tro einstimmung der Eigenschaften nicht identisch mit dem Acetylch ist. Aus dem Flavopurpurin, $(OH).C_6H_3.(CO)_2.C_6H_2(OH)_2$, entsteht oder die Anthranolstufe (hellgelbe Nädelchen). Reduziert man m staub, Natriumacetat und Essigsäureanhydrid, so entsteht das Acety der Oxanthranolstufe (I), $C_{14}H_5.(OC_2H_3O)_5$ (farblose Blättchen, S 239—240°) neben dem der Anthranolstufe. Ganz analog sind die Re beim Anthrapurpurin (Anthranolstufe; hellgelbe Nädelchen, C_{14} Anthragallol (Stufe I oder II, gelbliche Nadeln aus Eisessig, lische Lösung wird an der Luft violett, Triacetylprodukt $C_{14}H_7(C$ Schmelzp. 203—205°); Anthraflavinsäure (Stufe I oder II, Nädelchen, $C_{14}H_{10}O_3$, Triacetylverbindung, Schmelzp. 165°); Rufi säure (acetylierte Anthranolstufe, $C_{14}H_3(OC_2H_3O)_7$, gelbliche Kristall *d. D. chem. Gesellsch.* Bd. 21. Nach *Chem. Centralbl.* 1888. pag.

C. Liebermann. **Über therapeutische Ersatzmittel de sarobins.** Die therapeutischen Wirkungen des Chrysarobins ber dessen sauerstoffabsorbierender Fähigkeit. In dieser Beziehung se stehend müssen der genannten Verbindung die Leukosubstanzen vie stoffe sein, besonders der Anthrachinonfarbstoffe. Vor allen dürfte Betracht kommen das Alizarin, das Flavo- und Anthrapurpurin. M diese Farbstoffe durch Zinngranalien und Eisessig, noch besser (t durch Zinkstaub und Ammoniak reduzieren. Verf. nennt diese verbindungen der technischen Alizarinfarbstoffe „Anthrarobine." robin kurzweg würde das Produkt aus käuflichem Alizarin (Blaust während die Produkte aus den käuflichen Purpurinen („Alizaring durch Zusatz eines Buchstabens (R oder F) markiert werden könnt Anthrarobin hält sich bei trockener Luft gut, bildet ein gelbli Pulver, ist in Wasser löslich, in wässerigen Säuren unlöslich, dag lich in Alkalien. Letztere Lösung ist unbeständig wegen de nahme. Therapeutische Versuche damit wurden von G. Beh Berlin angestellt. Die Wirkung des Anthrarobins steht der des

was nach, ist aber intensiver, als die der Pyrogallussäure. Die Haut vom Anthrarobin etwas braun gefärbt; Hautentzündungen ruft die dungen nicht hervor. (*Ber. d. D. chem. Gesellsch.* Bd. 21. Nach *Centralbl.* 1888. pag. 456.)

---

leiteres. In Prof. Dr. G. JÄGERS *Monatsblatt.* 1888. No. 3. pag. 62 ir:

in kleiner Beitrag zur Lehre vom menschlichen Wohl- h-Dufte. Dafs der menschliche Körper zu Zeiten, und zwar l in Gestalt sog. Krisen, übelriechende, oft ganz penetrant und ich stinkende Dünste aus sich ausscheide (meist aus der Haut), das ch längst an andern und einmal (in Form einer Nervenkrisis) vor 0 Jahren auch an mir selbst erfahren. Dafs dem menschlichen aber auch Wohlgerüche entströmen könnten, das mufste ich „glauben"; erfahren habe ich es nie, hierzu hielt ich (selbst wenn legenheit je einmal vorgelegen haben würde) meine Geruchsorgane l zu unempfindlich und abgestumpft. Um so gröfser war meine schung, von der ich hier berichten will.

eit vergangenem Frühjahr sehe ich mich veranlafst, ein Suspen- (natürlich aus Wolle) zu tragen. Einige Wochen nach dem Tragen ch jeweils abends beim Auskleiden und gleichzeitigem Ablegen des zen Suspensoriums wahr, wie letzterem ein eigenartiger lieblicher ntströme. Ich schrieb dies einer etwaigen unschuldigen Appretur treffenden Wollstoffes zu. Mit der Zeit nahm dieser Duft an Stärke er blieb, wenn auch in abgeschwächtem Grade, am Wollgegenstande nachdem derselbe längst erkaltet und stundenlang bei seite gelegen. n paar Monaten liefs ich bei mir im Hause aus den Resten eines getragenen Winterhemds ein provisorisches zweites Suspensorium gen, um ersteres bequemer waschen zu können. Das nachgemachte besser als das Muster selbst, weshalb ich es schon seit langer Zeit ielsslich trage. Da hier die Möglichkeit, als ob der Wollstoff (aus lbst) die Quelle des oben erwähnten Duftes sein könnte, völlig aus- ssen bleiben mufs, wer beschreibt mein Erstaunen, als ich nach Zeit auch an diesem, aus altem abgetragenem Trikotstoff ver- en Suspensorium nicht nur die gleichen Dufteigenschaften wahr- wie bei dessen Vorgänger, sondern dieselben an Intensivität noch offen fand. Frisch vom Körper abgenommen ist gegenwärtig der mende Duft geradezu berauschend; derselbe hat einerseits eine ent- Ähnlichkeit mit Moschus und übt beim vollen Einatmen deutlich kbar erregend auf die Nerven ein, während er im allgemeinen eine it und Lieblichkeit an sich trägt, wie etwa ein Bouquet feinriechender

Es wäre interessant, zu erfahren, ob von andern, die in gleicher Lage ähnliche Beobachtungen gemacht wurden. An baumwollenen Suspen-

sorien, die ich vor Jahren zeitweise trug, habe ich die geschilderte
nehmung nicht gemacht, diese wurden durchs Tragen eher übelri
X

Personalien.

Herr Dr. Pospelow in Moskau ist zum außerordentlichen P
für Dermatologie und Syphilidologie an der Universität daselbst
worden.

Aus der Praxis.

Korrespondenz. Kasuistik.

No. 19. Sir James Paget Bart., London, sandte uns freun
weise die Photographie einer interessanten **Nagelaffektion** ein, wel
eine überstandene, schwere Seekrankheit zurückzuführen war.

Der Fall betrifft einen 50jährigen, vollkommen gesunden,
obachtenden Herrn L., welcher bis dahin niemals an einer Nagelerkr
gelitten hatte. Am 28. bis 31. August und zum zweiten Male am
21. Oktober 1887 war derselbe seekrank. Diesen dreitägigen P
entsprach je ein Einsinken der Nagelmatrix mit entsprechendem S
des Wachstums der Nagelplatte. Die am 8. Februar 1888 aufgenc
Photographie des linken kleinen Fingers und rechten Daumens zei
tiefe, von rechts nach links verlaufende, linienförmige Depressior
Nagelplatte in entsprechender Entfernung voneinander auf dem m
Teil der Nagelplatte. Alle Finger zeigten zwei analoge, parallel
furchen der Nagelplatten. Minder gut ausgeprägte Fälle derart
wohl öfter vorkommen, die Mitteilung eines solchen aber wohl neu

Die Redaktion.

No. 20. Kann einer der Herren Kollegen über die Didayschc
limatirrigationen der Harnröhre Mitteilungen machen?

Die Redaktion. Vielleicht läßt uns Diday direkt eine
zugehen; wir verweisen vorläufig auf Diday, *Lyon médical.* 1887,
auf E. Finger, Über einen einfachen Apparat zur Behandlung von
und subakuter Urethritis. Ref. *Monatshefte.* 1887. pag. 171. — Su
Behandlung der Entzündung der Harnröhre durch Ausspülen. Ref.
hefte. 1887. pag. 724. — van der Poel, Sublimatirrigationen. Ref.
hefte. 1886. pag. 224.

No. 21. Gibt es in Hamburg nicht einen Wachskünstler,
Hautkrankheiten modelliert?

Die Redaktion. Bis jetzt existiert leider keiner in Hambu
gegen in Paris, Lille, London und Manchester (s. Brooke, Plastisch
stellung der Hautkrankheiten. *Monatshefte.* 1885. pag. 16 ff.).

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in H

onatshefte für Praktische Dermatologie.

VII. No. 10. 15. Mai 1888.

er die therapeutische Verwendung des Quecksilber-salicylats in der syphilidologischen Praxis.

Von

Dr. Karl Szadek,
Spezialarzt für Hautkrankheiten und Syphilis
in Kiew.

Durch die Mitteilungen von Silva Araujo[1] aufmerksam ht, habe ich seit dem Winter 1887 eine Reihe von thera-chen Versuchen mit dem neuen Quecksilberpräparate — rgyrum salicylicum — angestellt, deren kurzes Ergebnis stand nachfolgender Zeilen ist.

Das Quecksilbersalicylat (Hydrargyrum salicylicum) wurde von den Herren Veiga und Delgado im Jahre 1886 Fällung einer wässerigen Lösung von Hydrargyrum nitricum iner alkoholischen Lösung von Kaliumsalicylat dargestellt. n solcher Weise dargestellte Quecksilbersalicylat hat Silva jo (Rio de Janeiro) in seiner Poliklinik und Privatpraxis onorrhöen, Syphilis und verschiedenen parasitären Hauter-ungen angewendet. Nach seiner Erfahrung war die innere ichung des Mittels in vielen Fällen von Lues mit Erfolg nt; gewöhnlich wurde das Quecksilbersalicylat in Pillenform

[1] Silva Araujo. El salicylato de mercurio y sus applicacciones en s y en algunas dermatitis. *Revista de medicina y farmacia.* 1887. g. 12—14. — Sull' uso del salicilato di mercurio nella sifilide. *Gior-aliano delle malattie veneree e della pelle.* 1887. pag. 93—96.

gegeben, und immer kann man dieses Präparat ohne Bee
tigung des Magens lange Zeit innerlich anwenden (vo
steigend bis 0,075 g täglich).

Äufserlich wurde das Quecksilbersalicylat gegen Go
Condylomata lata, syphilitische Infiltrate und Geschwür
mit Erfolg gebraucht. Die Injektionen in die Harnröhre
nach folgender Formel verschrieben:

℞ *Hydrargyri salicylici* 0,10
Aquae rosar. destillatae 250,00
Natri bicarbonici q. s.
M. D. S.

Bei Blennorrhöen, gleichviel ob akut oder chronis
Silva Araujo mit dem Mittel ausgezeichnete Resultate
haben; auch soll das Quecksilbersalicylat Vernarbung versch
syphilitischer Ulcerationen und Resorption luetischer I
befördert haben.

Zu hypodermatischen Injektionen war dieses Mitte
Silva Araujos Anregung von den Herren Moura Bra
Nevves Rocha in Rio de Janeiro auch mit Frfolg ange
es fehlt aber in der Mitteilung Silva Araujos irgend
Anweisung über die Zahl der Kranken, die mit subkuta
jektionen von Quecksilbersalicylat behandelt wurden; übe
dermatische Applikation des neuen Mittels, Zahl der Inje
und seiner Erfolge finden wir auch keine Details.

Bei parasitären Hautkrankheiten (Ekzema marginatu
brae, Pityriasis circinata Vidal, Sykosis parasitaria, Pi
versicolor, Favus, Herpes tonsurans) hat das Quecksilbers
an Energie den mächtigsten Mitteln, mit denen gewöhnl
Schmarotzer bekämpft werden, nichts nachgegeben; es ha
Silva Araujo, überdies den Vorzug, gänzlich reizlos u
ruchlos zu sein. Auch bei Lepra hat das Hydrargyrum s
cum, innerlich und äufserlich angewendet, ziemlich ermu
Resultate ergeben.

Die Schlufsfolgerungen, welche Silva Araujo bezügli
Syphilis aus seinen therapeutischen Versuchen mit Quecl
salicylat zieht, sind folgende:

a. Das Quecksilbersalicylat wird vom Intestinaltraktus

en und kann längere Zeit gebraucht werden, ohne das einbefinden zu stören; in den obigen Gaben erzeugt es schwere Stomatitis oder Diarrhöe.

Innerlich und äufserlich angewendet, wirkt es gegen ische Erscheinungen rascher und energischer als alle bis nutzten Quecksilberpräparate.

In denjenigen Fällen, wo andre Quecksilberpräparate sich htlos erweisen, bekämpft das Quecksilbersalicylat die ver- n Erscheinungen der Syphilis.

s von mir benutzte Quecksilbersalicylat war mir von der hen Fabrik des Dr. F. von Heyden Nachfolger zu ul für therapeutische Versuche freundlichst zugesandt. lt ein amorphes, weifses, geruch- und geschmackloses dar von neutraler Reaktion, äufserst schwer löslich in und Alkohol, leichter dagegen in Glycerin mit Zusatz a oder Kochsalz, namentlich wenn die Mischung erwärmt es enthält 0,2 % Wasser und 59,52 % Quecksilber, hend der Formel:

$$C_7 H_4 O_3 Hg = C_6 H_4 \begin{cases} COO \\ O \end{cases} Hg.$$

eses Präparat soll sich von andern kürzlich empfohlenen lbersalicylaten durch seinen bestimmten, nie wechselnden lbergehalt unterscheiden. Leider fehlt mir die Angabe e Darstellungsweise des Mittels.

nerhalb der letzten Monate habe ich das Quecksilber- bei einer Reihe von venerischen und syphilitischen n angewendet.

Gonorrhöe. Das Quecksilbersalicylat ist von mir seit ber 1887 bei 30 Tripperkranken in bezug auf seine spe- Wirkung versucht. Alle Kranken wurden ambulatorisch elt und stammen meistens aus der besser situierten Klasse. 12 Fällen handelte es sich um akute Urethritis, in 18 um subakute. In akuten Gonorrhöefällen schwankte der m von 2 bis 14 Tagen zwischen dem ersten Auftrete onorrhöe und Anwendung des Quecksilbersalicylats; das wurde in folgender Weise verschrieben:

℞ *Hydrargyri salicylici* 0,10
Aquae destillatae 250,00
Natri bicarbonici 1,0—1,3
M. D. S.

Man liefs in rezenten Fällen 4—5mal täglich Einspritz
machen, die nur ein kurzdauerndes Reizgefühl verursa
Nach Anwendung stärkerer Lösung (in 2 Fällen) klagt
Kranken über heftige Schmerzen und Harndrang. Nac
wendung der Injektionen von Quecksilbersalicylat trat
meist nach drei Tagen eine Abnahme der Symptome auf
Ausfluſs nahm schnell an Intensität und Quantität ab und
mehr hell, durchsichtig. Bei Anwendung der Injektione
Quecksilbersalicylats erzielte ich manchmal in 14—21 Tage
Heilung des akuten und subakuten Trippers, in einzelnen
jedoch liefs mich dieses Mittel ganz im Stiche und konn
mit demselben nur geringen Erfolg erreichen. Besonde
dessen Wirkung in veralteten, chronischen Fällen von Ure
nur eine geringe, und war ich genötigt andre Mittel
wenden.

Daher muſs ich bemerken, daſs das Quecksilbersalicy
einzelnen Fällen von Gonorrhöe sich ebenso gut, wie andre
liche Mittel, z. B. Sublimat, Resorcin, Thallin u. a. zu
handlung des infektiösen Harnröhrenkatarrhs eignet und
ebenso wie andre Mittel mitunter im Stiche läſst. Eine ab
Wirkung desselben auf den Tripperprozeſs muſs ich gä
ablehnen, da es in 8 Fällen von Gonorrhöe, in den ersten
der Krankheit angewandt, weder das Leiden zu beseitigen,
die Dauer der Gonorrhöe abzukürzen vermochte.

Der Vorzug, welchen man dem Hg-Salicylat beim T
nachrühmen kann, ist nur die antiseptische Wirkung dess
doch steht dieses Präparat dem Sublimat an Wirksamkei
schieden etwas nach.

2. Syphilis. Äuſserliche Anwendung von Quecks
salicylat gegen syphilitische primäre Geschwüre und Kond
geschah in Form feinsten Pulvers mit Magisterium Bis
oder in Salbenform (0,10—0,50 : 30,00), mit dem Finger
Spatel auf die vorsichtig gereinigte Wundfläche aufgetrage

ssender Weise, z. B. mit kleinem Wattetampon oder andrem chen Verband, bedeckt wurde. Die Indikation für äufser- Anwendung des Mittels wäre überall da vorhanden, wo räparate indiziert sind (primäre Sklerosen, Erosionen, Kon- ne, Tubercula syphilitica etc.). Bei starker Ulceration ist Anwendung des Quecksilbersalicylats nicht zu empfehlen, ders in Fällen, wo der Grund des Geschwüres schmutzig änös erscheint; dort wird das Jodoform, Jodol oder das dings von NEISSER[3] als bestes Mittel empfohlene Bismuthum datum den Hg-Präparaten vorzuziehen sein. Bei weniger eifendem Zerfall wirkte aber Quecksilbersalicylat günstig rachte bald die Geschwüre zur Vernarbung.

Die Zahl von syphilitischen Kranken, bei welchen ich bis das Mittel äufserlich angewandt habe, ist leider noch zu , um irgend welche Schlüsse über therapeutische Vorteile euen Hg-Präparates in dieser Richtung definitiv zu ziehen. nnerliche Darreichung des Quecksilbersalicylats habe ich in llen von Syphilis versucht und bin ich mit diesem Mittel ufrieden, da es niemals irgend welche unangenehme Neben- inungen von seiten des Magens und des Darmkanales achte. Das Mittel wurde nach folgender Formel ver- ben:

℞ *Hydrargyri salicylici* 1,0
Extr. et pulv. Liquiritiae q. s.
ut f. pil. No. 60.

Es wurden täglich 3—6 Pillen nach den Mahlzeiten, niemals bei leerem Magen, genommen.

Von 25 Syphilitischen, die seit Dezember 1887 bis jetzt in r ambulatorischen und Privatpraxis mit innerem Gebrauche Mittels behandelt wurden, waren 10 Fälle sekundärer Lues mittels Injektionen desselben Hg-Präparates behandelt, st in diesen Fällen die innerliche Anwendung des Queck- salicylats als eine Nachkur anzusehen; in 15 Fällen aber noch keine merkurielle Behandlung vorgenommen worden mildere Symptome sekundärer Syphilis vorhanden (Roseola,

---

Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1888. No. 2.

Papulae mucosae oris et faucium etc.). In allen diesen
war die spezifische Wirkung des Mittels meist so, dafs
nach einigen Tagen die leichteren luetischen Erscheinung
Haut und Schleimhäute zu schwinden begannen; das Mittel
immer sehr gut vom Magen vertragen, und niemals wurde
liken, Durchfälle und irgend welche Störungen des Inte
traktus hervorgerufen; Salivation, Stomatitis wurden bei
samer Mund- und Rachenpflege auch nach längerem Geb
des Mittels nicht beobachtet. Obwohl die innerliche Anwe
von Quecksilbersalicylat auch bei rezenten, noch nicht behan
Syphilisfällen grofsen Nutzen bringt, so ist sie, meiner Me
nach, besonders nur bei milderen Rezidiven oder als Na
bei Syphilis zu empfehlen.

Ich habe auch eine Anzahl von Versuchen mit int
kulären Injektionen des Mittels angestellt. Zu diesen Vers
wählte ich meistens solche Fälle, in denen noch keine spez
Kur vorgenommen worden war, also rezente Syphilisfälle,
die luetischen Erscheinungen gewöhnlich in makulösen,
und kleinpapulösen Exanthemen, Angina papulosa etc., best
Obwohl die Zahl der Kranken, die von mir mit Injektione
Quecksilbersalicylats behandelt wurden, nur sehr spärlich is
sich bis jetzt auf 12 Fälle beschränkt, bei welchen im g
120 Injektionen ausgeführt wurden, so sind die von m
reichten Resultate doch als sehr befriedigende anzusehen
ist der therapeutische Erfolg der Injektionen des Mittel
günstiger.

Da die von SILVA ARAUJO gegebene Lösung (0,005—
: 10,00) als etwas zu schwach wirkend sich erwies, so be
ich dieses Mittel in einer stärkeren Suspension:

℞ *Hydrargyri salicylici* 0,2
Mucilag. gummi arabici 0,3
Aquae destillatae 60,0
M. D. S.

In betreff der Technik der Injektionen mufs ich bem
dafs ich immer nicht subkutane, sondern intramuskuläre
spritzungen mittels LEWINscher Spritze, die mit einer l
Nadel armiert war, machte. Die Injektionsstellle wurd

e gewählt, und bei der Ausführung der Injektionen wurden Kautelen streng beobachtet: die zur Einspritzung zu verde Spritze und Kanüle wurden jedesmal vor dem Gee in eine Sublimatlösung getaucht etc. Die Zahl von onen variierte je nach dem Fall, und bei den einzelnen en schwankte sie zwischen 6—12; nur in einem Falle, r vernachlässigte papulöse Ausschlag sich auf dem ganzen ausbreitete, betrug die Zahl von Einspritzungen 16. njektionen wurden in Zwischenräumen von 2—3 Tagen ührt.

ezüglich der lokalen Erscheinungen lautet meine Erfahrung ramuskuläre Injektionen des Mittels sehr günstig, weil die e Reaktion sehr schwach ausgeprägt war, und zuweilen die tzungen kaum empfunden wurden; manche Kranke ertrugen e alle Injektionen ohne irgend welchen Schmerz; einige onen verliefen auch bei empfindlichen, nervösen Personen nerzlos, dafs die ersteren in der Aufregung nicht einmal nstich der Nadel empfunden hatten, unbeweglich dastanden ch nachher erstaunt und erfreut verkünden liefsen, dafs die Operation längst vorüber sei. Bei wenigen Kranken wechschmerzlose mit schmerzhaften Einspritzungen ab, jedoch hörte ich Klage über langdauernde, starke Schmerzen; zteren dauerten meistens nur einige Stunden und waren ering. Was die Entstehung der gewöhnlich nach der Anng andrer Hg-Präparate beobachteten Indurationen resp. betrifft, so mufs ich sagen, dafs sie niemals vorkamen, s Gesäfs war innerhalb der Behandlungsdauer fast immer und nicht geschwollen; auch traten sonst keine entzündlokalen Symptome, kein einziger Abscefs auf. In keinem zeigten sich auffällige Symptome von Merkurialismus, aufser geringen Schwellung der Gingiven, die nur nach einem en Gebrauche des Mittels vorkam.

er Einfluſs der intramuskulären Injektionen von Quecksilberat auf die verschiedenen sekundären Symptome der Syphilis hon nach wenigen (3—5) Injektionen ein deutlicher. Bei eiteren Fortsetzung der Injektionen schwanden die Sympnach und nach vollständig; in den meisten Fällen genügten

gewöhnlich 8—12 Injektionen, um die syphilitischen Sym
zum Schwinden zu bringen; die Drüsenschwellung widerst
doch ebenso, wie bei den übrigen Behandlungsmethoden.
einem hartnäckigen Syphilisfalle waren die luetischen E
nungen nicht zum Schwinden zu bringen, und deshalb mu
eine SIMONsche kleine Inunktionskur anwenden.

Als Nachkur nach den Injektionen von Quecksilbers
verabreichte ich in vielen Fällen dasselbe Mittel innerlich
züglich der Recidive kann ich natürlich noch kein Urt
geben, weil meine Beobachtungen nur unlängst ausgeführt w

Fassen wir die Vorzüge der intramuskulären Injektio
Quecksilbersalicylats vor der hypodermatischen Anwendung
unlöslicher Hg-Präparate zusammen, so sehen wir, dafs das
silbersalicylat niemals weder eine lokale Entzündung und E
bildung verursacht, noch Abscesse zum Vorschein bring
sind die Schmerzen sehr unbedeutend und wenn vorhand
ringer und kürzer, als bei intramuskulären Injektionen der
Hg-Präparate, und namentlich des unlängst von mir verw
Hydrargyrum carbolicum oxydatum.[4] Demnach ist das
Quecksilberpräparat ein sehr vorzügliches für hypoderm
Anwendung, nur scheint es dem Kalomel und Hydra
oxydatum flavum an Wirkung etwas nachzustehen.

Auf Grund meiner hier kurz geschilderten spärliche
suche sind meine Schlufsfolgerungen die folgenden:

1. Das Quecksilbersalicylat als Antisyphiliticum is
minder wirkend, als die andern bisher benutzten Hg-Prä
es ist ein für die Behandlung der sekundären Syphilis s
eignetes Präparat; innerlich gegeben, bringt es mildere
tische Erscheinungen bald zum Schwinden und ist auch al
kurmittel sehr nützlich bei Syphilis. Intramuskulär ang
vermochte das Mittel eine komplette Beseitigung der syphil
Symptome zu bringen.

2. Dieses Mittel ruft im Gegensatz zu andern Hg-Prä
absolut keine unangenehmen örtlichen Nebenwirkungen he

[4] Über hypodermatische Behandlung der Syphilis mittels Inj
des Hydrargyri carbolici oxydati. *Monatshefte für praktische Derm*
1887. pag. 343—358.

Richtung ist das Quecksilbersalicylat bis jetzt als bestes
parat anzusehen, weil es weder bei innerlicher Anwendung
ei intramuskulären Injektionen — obgleich es ein unlös-
Hg-Präparat ist — jemals irgend welche lokale Reizungs-
ne noch allgemeine Störung hervorruft.

Äufserliche Anwendung von Quecksilbersalicylat ist sehr
bei verschiedenen luetischen Infiltraten und Ulcerationen,
Resorption und Vernarbung derselben verursacht.

Bei Urethritis acuta und subacuta wirkt es auch günstig:
erausfluſs nimmt bald ab, und die übrigen entzündlichen
me werden auch beseitigt. Mit Quecksilbersalicylat aber
es nicht die Gonorrhöe zur Abortierung zu bringen, und
es Mittel nicht immer wirksam beim Tripper.

dem dermatologischen Laboratorium von Dr. Unna in Hamburg.

Die Züchtung der Oberhautpilze.

Von

P. G. Unna.

i der ersten Mitteilung (s. d. Zeitschrift 1887. pag. 827)
ne Form des Ekzems, welcher ich wegen ihres historischen
nenhangs mit der früher sogenannten Seborrhoea sicca
gen des thatsächlichen charakteristischen Fettgehaltes der
zenzen den Namen Ekzema seborrhoicum gab, er-
ich, dafs mir der parasitäre Ursprung dieser Dermatose
os und ich mit der Untersuchung der in den pathologi-
Produkten dieser Affektion vorkommenden pflanzlichen
en seit längerer Zeit beschäftigt sei.

h habe in dem seither verflossenen Halbjahre diese Unter-
g mit Hilfe meines Assistenten P. Taenzer ununterbrochen
etzt und bin stets mehr und mehr zu der Überzeugung
gt worden, dafs die thatsächliche Fixierung eines bestimmten
als einzige letzte Ursache des Ekzema seborrhoicum heute

noch durchaus verfrüht, dafs dagegen auf der andren Mitteilung der inzwischen aufgefundenen botanischen T über Hautpilze sehr zeitgemäfs, ja unumgänglich notw

Die unerwartete Erfahrung, welche mich so von ursprünglichen Plane allmählich ab und auf ein scheinb liegendes Feld der Untersuchung führte, war die, daf betreffenden, nach Kochs Metode auf festem Nährbode Plattenkulturen vorgenommenen Untersuchung von Schu Sekret des Ekzema seborrhoicum sich eine ganz erstaunli Flora vor unsern Augen entfaltete, dafs jeder neue Fall von Ekzema seborrhoicum einige neue Schmarotze Serie der bereits aufgefundenen hinzufügte, so dafs, a einem nur vorläufigen Abschlusse zu gelangen, das End weiter und weiter hinausgerückt erschien.

Nachdem zwölf klinisch vollkommen typische u diagnostisch über allen Zweifel erhabene Fälle von seborrhoicum mykologisch untersucht worden waren, sc diese Serie vorläufig ab, um den gewonnenen botanische tum an und für sich und ohne Beziehung auf die Ätio in Frage stehenden Leidens genauer kennen zu lernen.

Beispielsweise ergab die mikroskopische Untersuc ca. 60 auf diese Weise gewonnenen Reinkulturen verschiedene Mukoren, über 20 verschiedene Penicill 5 Aspergillen, etwa ein Dutzend zu der Oidium- und mycesgruppe gehöriger Pilze, 3 gewöhnliche Hefepilze lich eine stattliche Menge teils bekannter, teils unb Kokken und Bacillen.

Dabei mufs hervorgehoben werden, dafs alle diese denen Arten bisher ganz allein auf schwach alkalische boden, nämlich der gewöhnlichen Peptongelatine und P und bei Zimmertemperatur gewonnen waren. Es unterlie keinem Zweifel, dafs die blofse Ausdehnung der Platt methode auf Nährböden saurer Reaktion, auf solche vers Reaktion bei höherer Temperatur, ferner auf Kartoffe und Dekokte von Pflanzensäften etc. neue Summen von pflanzlicher Natur zur Entwickelung, resp. unsrer Ken bracht haben würde.

nn ich mich zunächst auf die alkalischen Nährböden eschränkte, so geschah es hauptsächlich aus rein botani- nteresse. Denn wohl wissend, dafs die neuere Botanik em Umfange eine Umzüchtung von früher für verschiedene gehaltenen Pilzen ineinander und vieler Wuchsformen Stammform, je nach der Art des Nährbodens und der Bedingung, zuläfst, lag mir vor allem daran, durch ab- leichheit des Nährbodens (Kochsche Gelatine und Agar) äufseren Bedingungen (Zimmertemperatur) diesen einen ischen Faktor, welcher dem botanischen Auge die Viel- keit meiner gewonnenen Reinkulturen verständlich zu drohte, ein für allemal auszuschliefsen. Meine kon- auf demselben Nährboden bei gleicher Zimmertemperatur, ander am selben Orte seit geraumer Zeit ($^1/_2$—$1^1/_2$ mit stets gleichbleibenden Charakteren fortgezüchteten, opisch und mikroskopisch verschiedenen Pilze müssen edene Arten repräsentieren. Erst wenn dieselben n genau bestimmt worden sind, lohnt es sich, 12 weitere rselben Hautkrankheit mit Plattenkulturen saurer Reaktion, 12 folgende bei höherer Temperatur etc. mykologisch zu ren.

ozu soll aber, so fragt sich der bakteriologisch geschulte ie botanische Untersuchung dieser Legion schmarotzender enen, wo es a priori sicher ist, dafs nur der zwanzigste lleicht fünfzigste Teil derselben wirklich pathologische gen erzielt und die übrigen sicher harmlose, zufällige otzer sind? Genügt es nicht, sämtliche Reinkulturen Impfung auf menschliche oder tierische Haut auf ihre re Kraft zu prüfen und alle mit negativem Erfolg ver- einfach beiseite zu lassen, um sich den wenigen zuzu- , welche positive Erfolge ergeben?

der That habe ich auch die ersten Reinkulturen sämtlich Haut dreier gesunder Individuen (Ärzte) verimpft und e hiermit konsequent fortzufahren, nachdem sich neben rofsen Anzahl negativer Ergebnisse doch auch schliefslich positive einstellten.

ber gerade diese Impfversuche belehrten mich eines besseren,

und weil es ein folgenschwerer Irrtum wäre, wollte einfache Fragestellung der heutigen Bakteriologie, wo es die ätiologische Bedeutung eines Spaltpilzes handelt, Pilzkrankheiten der Oberhaut und die hier vegetierenden Pilze ohne weiteres anwenden, so muſs ich auf diese ausführlich eingehen.

Zunächst liegt es gerade im Charakter der meisten tären **Oberhaut**erkrankungen (Parakeratosen), der vom genannten „Flechten", daſs sie die Gesundheit im all wenig und eigentlich nur durch begleitende Nervenreize s Diese Pilze finden eben eine unübersteigliche Mauer normal durchbluteten Bindegewebe und dem Zirkulation sie können nicht — wie die Laien und leider viele Är noch glauben — nach „innen schlagen", in die Zirkulat gehen und dadurch die allgemeine Gesundheit gefährd **Haut**pilze, wie die Streptokokken des Erysipels, die eit den Staphylokokken, die Tuberkelbacillen des Lupus, die die Leprabacillen, die Parasiten der Pocken, des Scharl Masern und Röteln u. s. w., welche dieses können, ble natürlich meiner Betrachtung völlig fern. Wenn aber auch die bei den Kokken und Bacillen gebräuchlichen methoden: die Einspritzung von Reinkulturen in d in das subkutane Gewebe, in die vordere Augenkammer Peritoneum für die uns beschäftigenden Hyphomyceten anwendbar sind, ja, wenn eine auf solche Weise vo Mukor oder Aspergillus nachgewiesene Pathoforie no einmal beweisen würde, daſs derselbe Pilz auch in der O vegetierend eine Dermatose hervorzurufen imstande finden wir uns für unsern Zweck lediglich auf die dire impfung auf die Oberhaut, und zwar speziell die me Oberhaut angewiesen.

Bei der unschuldigen und im Beginn leicht aus Natur fast aller in Betracht kommenden Dermatosen i Weg auch der natürlichste, in erster Linie in Betracht ko und es fragt sich nur, ob ein negatives Resultat b Prüfungsmethode den geringsten Wert hat.

Hier muſs ich nun leider mit Nein antworten. W

ne sichere Methode der Einimpfung höherer Pilze in
haut, ja wir sind noch völlig im unklaren über die
nzuwendenden Prinzipien. Ein Einritzen des bluthaltigen
webes wie beim Verimpfen der Vaccine kann unmöglich
ich sein, im Gegenteil würde es alle diejenigen Pilze
am Wachstum hindern, welche spontan nicht ins Binde-
inzudringen vermögen. Ist aber vielleicht eine stärkere
ung zur Cutis nötig zur Ansiedelung der eingeimpften
Ist die Haut trocken oder feucht, bedeckt oder unbe-
lichtet oder unbelichtet zu halten? Welche Körperstellen
geeignetsten, welche Reaktionen und sonstigen Sekretions-
sse der Haut kommen in Betracht?

s in allem können wir heute nur die recht unbefriedi-
ntwort geben, dafs diese Verhältnisse wohl für alle ver-
n, ätiologisch wichtigen Pilze, der Art und Lokalisation
gten Dermatosen entsprechend, verschieden sein werden.
den Pilze, die beim Ekzema seborrhoicum gefunden
an Beugestellen mit vielen Knäueldrüsen verimpfen,
der Pityriasis versicolor an unbelichteten Plätzen u. s. f.,
den endlich als Schlufsergebnis — entsprechend dem
r der in Rede stehenden Dermatosen — finden, dafs
e auf vielen Oberhäuten überhaupt gar nicht, auf andern
getieren. Jedenfalls spielt aus klinischen Gründen die
ualität nirgends eine gröfsere Rolle als bei den para-
arakeratosen; wäre dem nicht so, so wären dieselben
h im gewöhnlichen Wortsinne ansteckend.

meinen Impfversuchen befolgte ich das Prinzip, die
ltige Reinkultur nur sanft einreibend auf die gereinigte
e, Wasser und Alkohol, nicht mit Sublimat), ungereizte
nders ungeritzte Haut (gewöhnlich des linken Oberarms)
en, die Stelle mit einem Stückchen sterilisierten Gutta-
pier zu bedecken und dieses festzuleimen. Ich ging dabei
Voraussetzung aus, dafs solche Pilze, welche überhaupt
Hornschicht zu vegetieren vermöchten, auch befähigt sein
in dieselbe ohne Verwundung einzudringen. Die im-
le Bedeckung erzeugte genügende Feuchtigkeit und Auf-
der Hornschicht, zuweilen sogar ein Erythem oder eine

umschriebene Miliaria rubra. Nach 3—4 Tagen wurde d
verband entfernt und die Hautstelle sich selbst überlasse

Diese Maßnahmen mögen rationell scheinen, doch
weit davon entfernt, bei dieser oder irgend einer andren
auftretende, negative Impfresultate als sicher beweisend an
Je seltener eine parasitäre Dermatose spontan angetroffe
eine desto größere Rolle spielt bei ihr die Individualität
kalische und chemische Konstitution der Oberhaut), un
desto geringeren Wert besitzen negative Impfresultate.

Die relativ leichte Überimpfbarkeit des Trichophy
Achorion darf uns nicht verleiten, eine solche für alle
Dermatophyten vorauszusetzen. Im Gegenteil, gerade das
des Trichophyton lehrt, wie feine Unterschiede des Nä
hier maßgebend sind. In einer Familie, wo sämtliche M
von diesem Pilze befallen sind, erleben wir es regelmäß
die kleineren Kinder am behaarten Kopfe, die älteren
am übrigen Körper und nur selten am behaarten K
Erwachsenen dagegen nie am behaarten Kopfe, und
Männer am Barte, sonst aber an allen Körperteilen
tragen. Impfungen mit dem Trichophyton am behaarte
Erwachsener würden fast regelmäßig fehlschlagen.

Diese Überlegungen über die relativ geringe Be
negativer Resultate, zusammengehalten mit dem sic
mehrenden Reichtum an neuen dermatophytischen Pilza
stimmten mich natürlich, vorläufig von einer Auslese p
und nicht pathoforer Spezies und einer Vernachlässig
letzteren zu gunsten der ersteren, bei welchen so leich
Irrtümer unterlaufen können, ganz abzusehen und mich
gehenden Studium sämtlicher Arten um ihrer selbs
zu widmen.

Denn ein Punkt war allen doch gemeinsam. Si
alle in Hautschuppen oder im Hautsekret gefunden
sie vermochten alle auf diesem Nährboden unter Umstä
vegetieren oder wenigstens sich lebensfähig zu erhalten.
sehen von dem botanischen und allgemein biologischen
dieses gemeinschaftlichen Fundortes war deshalb auch di
nis aller ohne Ausnahme wichtig für jeden dermatol

. Denn da dieser stets gefafst sein mufs, bei zukünftigen chen Untersuchungen auf dieselben Arten zu stofsen, so Kenntnis ein für allemal von bleibendem Werte für die logie.

fafste ich denn den Plan, als Vorarbeit zu der mich n beschäftigenden Aufgabe ebensowohl wie zu Nutz und n aller späteren ähnlichen Untersuchungen eine Flora ologica auszuarbeiten oder vielmehr an dem Material zema seborrhoicum die Ausarbeitung einer derartigen beginnen.

e solche hat alle Schimmel- und Spaltpilze zu umfassen, ich aus gesunder und kranker Haut, resp. deren Pro- züchten lassen, sei es nun, dafs sie mit gewissen Derma- ätiologischem Zusammenhang stehen, sei es dafs sie, bst wirkliche Krankheitserscheinungen hervorgerufen, in nden oder kranken Haut zu vegetieren vermögen, sei es dafs sie sich nur vorübergehend, aber in lebensfähigem e daselbst aufzuhalten imstande sind.

e systematische Ordnung unter diesen Pilzen von vorn- nzustreben, ist ebenso unnötig wie unmöglich. Einer- t es heutzutage keine Systematik der niederen Pilze, lie Botaniker selbst befriedigte. Gerade die Penicillium-, und Saccharomycesarten, von denen die beiden letzteren dem Trichophyton und Achorion so nahe stehen, dafs am ehesten wahre Hautparasiten zu vermuten haben, en heute einer total andren Auffassung wie noch vor Jahren, indem sie nämlich zum Teil für niedere Wuchs- von höheren Pilzen angesehen werden. Anderseits haben iziner am wenigsten Veranlassung, die von der Botanik en Dezennien eingeführten Systemverschiebungen für die häftigenden Pilze blind anzunehmen, da die Kochschen n der Reinkulturen auf festem Nährboden bei ihrer ung nicht zur Anwendung gekommen sind, mithin von Standpunkt ein Zweifel an der Sicherheit der beob- Umzüchtungen durchaus gerechtfertigt ist.

r richtige Gang scheint mir deshalb der einer unbefan- childerung aller einzelnen Pilze zu sein, wie sie der

Zufall in den Plattenkulturen zur Erscheinung bringt, zu
nach denjenigen Charakteren, welche sie bereits makrosk
dann nach denjenigen, welche sie mikroskopisch kennzeich

Die ersteren sind für uns von gröfster Wichtigkeit.
sie lassen eine grofse Reihe von Pilzen auf das leichteste
scheiden, welche sich mikroskopisch sehr ähnlich sehen u
den ersten Blick unter dem Mikroskop weder nach ihrem
noch nach ihrer Fruchtbildung zu differenzieren sind. Zu
stellung eines vorläufigen praktischen Schlüssels zu ihr
stimmung in der Hand des Dermatologen werden dah
makroskopischen Unterschiede hauptsächlich herbeizuziehe
nachdem eine vorläufige mikroskopische Bestimmung des
körpers die Art als zu einer der Gattungen: Mukor, F
lium etc. gehörig erwiesen hat.

Derartige prägnante Differenzen der makroskopische
scheinung sind:

1. Die Farbe des Pilzes. Dieselbe kann der
fläche des Pilzrasens angehören oder der Unterfläche, wie
der Umdrehung der Objektträgerkulturen sichtbar wird.
kann auch bei älteren Kulturen einer mittleren Schicht ange
indem ein weifses oberflächliches Luftmycel die Farbe te
verdeckt. Sie kann endlich in mehreren Schichten zugleic
treten. Weiter okkupiert sie bei einigen Pilzrasen nu
Zentrum und läfst die Peripherie weifs, bei andern sin
äufsersten Ausläufer ebenfalls gefärbt; noch andre Pilzrasen
mehrfarbige Ringe. Mit dem Alter der Kultur verände
die Farbe gewöhnlich. Auch dem Nährboden teilen viele
eine besondere Färbung mit.

2. Ausbreitung des Pilzrasens. Man kann
zwei gut charakterisierte Typen unterscheiden. Gewisse
pilze wachsen vom Impfstrich nach beiden Seiten oder
Impfstich kreisförmig nach allen Seiten über die ganze F
soweit Nährmaterial vorhanden ist, also im Reagierglas b
Wand des Glases, auf dem Objektträgertropfen bis an
Grenzen und strecken gewöhnlich noch einzelne lange H
über die Grenzen des Nährbodens hinaus.

Ein zweiter Typus hat ein beschränktes Wachstum.

vom Impforte aus der Rasen eine gewisse, meist kreisförmige
lt gewonnen, wächst derselbe nicht weiter. Die zirkum-
bleibenden Schildchen gehen jedes für sich ihre Alters-
derungen ein, ohne auf dem homogenen Nährboden zu-
enzufliefsen.

Man kann daher ganz allgemein bei den Schimmelpilzen
eschränktes" und „unbeschränktes" Wachstum unterscheiden,
iese Differenz ist vielleicht nicht ohne Wert, da viele des
tismus verdächtige Dermatosen sich ebenfalls durch die
ares umschriebenen oder unbeschränkten Wachtums unter-
en.

. Wachstum im Impfstich und in den Nähr-
n hinein. Es ist selbstverständlich, dafs der schwächere
ıtritt im Impfstich und die abnehmende Luftmenge in den
n Lagen des Nährmediums für die Schimmelpilze ebenso
Differenzen des Wachstums bedingen, welche als makro-
che Kriterien der Differenzierung im Reagensglase sich ver-
n lassen, wie bei den Spaltpilzen. Eine Fruchtbildung
m Innern des Nährbodens wohl nie ein. Die Gestaltung
nwachsenden Hyphen aber als eines Ganzen, z. B. als
Flaum, als dichter Busch, als napfartige Hohlform etc.,
aufser der Intensität des Wachstums sehr brauchbare Unter-
ungsmerkmale.

. Peptonisierung der Gelatine. Wie die Bakterien
rn sich die Schimmelpilze auch in zwei grofse Gruppen,
hdem sie die Gelatine verflüssigen oder nicht. Einige er-
der verflüssigten Gelatine aufserdem eine charakteristische
ng. Auch das Verhalten des Pilzrasens zur verflüssigten
ine bietet verschiedene Anhaltspunkte, je nachdem die
als kompakte Masse auf der Flüssigkeit schwimmen oder
derselben zu Boden sinken.

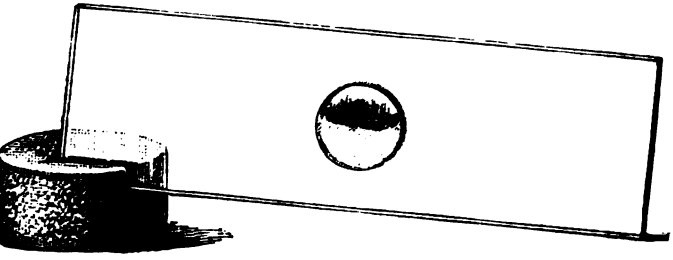
Für die schliefsliche systematische Einreihung der Pilze
atürlich die mikroskopische Untersuchung von ent-
lender Wichtigkeit. Sie schliefst sich der makroskopischen
suchung direkt an, indem das Reagierglas mit dem Objekt-
vertauscht wird. Mittlere Vergröfserungen (z. B. Objektiv
NACK IV und V) erlauben noch die Untersuchung der auf

dem Tropfen Nährgelatine (resp. Agar) des Objektträg
wachsenen Kultur ohne Zuhilfenahme eines Deckgläschen
erkennt so leicht die Form der Fruchtkörper, die A
Hyphenverzweigung und der Fruchtträger. Leider aber
solche frei in die Höhe wachsende Kulturen zerrissen
um Teile der Fruchtkörper und Hyphen zur genauen
suchung des Inhalts unter das Deckglas und stärkere Ve
rung zu bringen. Hierbei entgehen uns selbstverständlich
Einzelheiten, und besonders geht die so äufserst interessa
obachtung des lebenden Pilzes von diesem Punkte an
die des toten, sezierten Pilzes.

Dieser Notwendigkeit habe ich zu entgehen gesuch
Verwendung durchbohrter Objektträger. Das Id
Pilzbeobachtung würde ja erreicht, wenn man ein stark
jektivsystem seitlich dicht an die aufstehenden Fruc
heranbringen könnte. Es ist klar, dafs wir zu demsell
sultate gelangen, wenn wir den Pilz veranlassen, in der
des Objektträgers zu wachsen. Zu diesem Zwecke wird
der Mitte kreisförmig durchbohrte Objektträger sterilisie
die Öffnung auf einer Seite mittels eines sterilisierten, mit
eingefetteten Deckgläschens vorläufig verschlossen. Die
entstehende Vertiefung im Objektträger wird, während der
mit dem Deckgläschen nach unten auf einer durch Eis ge
Glasplatte liegt, mit einer Mischung von Peptongelati
Peptonagar ausgefüllt. Nachdem letztere zu einer das L
Objektträgers ausfüllenden Scheibe erstarrt ist, wird das D
wieder entfernt und nun mit leichter Mühe mittels e
glühten Platindrahtes ungefähr die Hälfte der Nährboden
herausgestochen, so dafs nur ein Halbmond von Nährg
agar auf derjenigen Seite stehen bleibt, welcher später die
Kante des senkrecht aufbewahrten Objektträgers entsprich
die freie Kante dieses Halbmondes impft man nun de
der natürlich in die obere leere Hälfte des Loches, para
Fläche des Objektträgers hinauf wächst.

Eine grofse Reihe (20 und mehr) solcher Objektträg
man in einfachster Weise in einer gewöhnlichen, mit fe
Löschpapier ausgelegten Glasschale unterbringen, wen

e radiär stellt und die inneren Ecken der unteren Kanten
icher Objektträger im Zentrum der Schale auf dem Boden
läfst, während die äufseren Ecken der unteren Kanten in
oviele eingekerbte, platte Korkstückchen (Abschnitte von
henkorken) eingeklemmt werden, welche an der äufseren
l der Glasschale entlang liegen. Korke und Löschpapier
n vorher mit Sublimatwasser begossen werden. Die Ob-
äger stehen auf diese Weise senkrecht fest, können sich
untereinander berühren und berühren selbst dann mit der
cheibe die Unterlage nicht, wenn sie umgeworfen werden
n.



Es hat sich zweckmäfsig erwiesen, das Wachstum des Pilzes
ine Zeitlang frei auf der Nährscheibe vor sich gehen zu
, ehe man die Untersuchung mit Auflegung eines sterili-
n Deckgläschens auf einer Seite beginnt. Um die untere
des Objektes nicht zu verunreinigen, ist es praktisch, seit-
auf den Tisch des Mikroskops zwei Pappleisten aufzukleben,
enen der durchbohrte Objektträger frei ruhen kann. Jetzt
man mittels stärkster Vergröfserungen sowohl die frei in
Luft ragenden, Sporen abschnürenden oder Fruchtkörper
nden Fruchtträger und kann dieselben unausgesetzt mikro-
sch beobachten, man sieht genau die Form und Verästelung
Hyphen, teils in der Luft, teils im Nährboden, und man
endlich Hyphen und Fruchtträger, welche zufällig bei dem
egen des Deckglases zwischen diesem und der Nährscheibe
klemmt sind, zur detailliertesten Beobachtung und Messung
tzen. Während die gewöhnlichen Objektträgerkulturen für
wachsende Pilze meistens ausreichen, sind diese Loch-

kulturen besonders für hoch wachsende Formen, z. B. M
sehr geeignet. Für Pilze mittelhohen Wuchses kann man
Mitte der Nährscheibe ein Loch von geeigneter Gröfse
Platinnadel herausstechen.

Da bisher nach der Versicherung botanischer Aut
eine einfache Methode der Beobachtung des Wachstu
Schimmelpilzen bei stärkerer Vergröfserung noch nicht e
habe ich hier ausführlich mitgeteilt, wie ich mir darin zu
suchte. Hoffentlich wird auch andern Untersuchern die
thode sich nützlich erweisen.

In der Färbung der Schimmelpilze besitze ich zur Z
nicht genügend eigne Erfahrungen, um im allgemeinen
schlägigen Methoden besprechen zu können. Es ist aber
dafs auch hier noch eine reiche Ernte für den emsig
forscher aufbewahrt ist.

In einer der nächsten Nummern dieser Zeitschrif
ich in Gemeinschaft mit Herrn Taenzer mit der Pub
der Flora dermatologica beginnen.

Hamburg, Februar 1888.

Pathologie und Therapie der Alopecia areata.

Von

A. R. Robinson. M. B. L. R. C. P. & S. Edin.

Professor der Dermatologie an der New Yorker Poliklinik und P
der Dermatologie und Histologie an dem Med. Kollegium für
zu New York.

(Fortsetzung.)

Es kann fast als Regel angenommen werden, daf
subjektiven Symptome den Beginn der Krankheit kennz
obwohl derselben manchmal neuralgische Schmerzen o

hl von leichtem Brennen oder Jucken in den Teilen, wo Haar im Ausfallen ist, vorangehen.

Der Kranke kann durch mehrere Tage das Ausfallen seiner e und auch bald eine kahle Stelle bemerken, oder es kann eine grofse Stelle sehr rasch bilden.

Die kahlen Stellen sind mehr oder weniger im Umrifs kreis-g, sind gewöhnlich zuerst klein, doch können sie sich nach nach an der Peripherie vergröfsern, bis eine grofse Ober- von ihnen bedeckt ist. Die ihres Haares beraubte Stelle, viel ob grofs oder klein, ist glatt, glänzend, blafs und die allgemeine Oberfläche eingesunken; das Haar am Rande ffizierten Stelle ist dünner als im normalen Zustande und at bei dem geringsten Ziehen gleich heraus. Eine gewisse hl abgerissener Haare findet sich häufig besonders an dem nerischen Teile der kahlen Stelle vor. Es werden weder noch Abschuppen beobachtet, und gewöhnlich fallen alle e innerhalb der kahlen Stelle aus. Es können entweder ine oder viele affizierte Stellen vorhanden sein. Im letzteren entstehen solche nacheinander, und es können sogar einige, end andre entstehen, heilen. Nachdem die Krankheit end eines unbestimmten Zeitraumes, in der Regel mehrere te, bestanden hat, verschwindet sie von selbst; in andern n erfolgt, ohne Anlafs zu irgend einer Veränderung in den chen Merkmalen der affizierten Stelle, permanente Alopecie. ausgefallenen Haare zeigen Merkmale von Nutritionsstörungen ganzen Haares, eine allgemeine Atrophie und Weiche, ch wie es beim Herpes tonsurans vorkommt.

Hautdurchschnitte sind von SCHULTZE untersucht worden Theorien über Area Celsi. *Virch. Archiv.* 1880. Bd. 80. 193), von E. WAGNER, *Archiv f. phys. Heilkunde.* 1859) und DUCKWORTH und HARRIS (Case of Area Celsi, in which the were examined after death. *Trans. Path. Soc. Lond.* 1882. 386). Die beiden erstern fanden gar keine Veränderungen. letztern fanden Atrophie in den Haarbälgen, die wie lange ige Schnüre in mit Hämatoxylin gefärbten Durchschnitten ienen; beträchtliche Zunahme in dem Bindegewebe in der e der atrophierten Haarbälge, doch nirgend anderswo; beinahe

gänzliche Abwesenheit von Talgdrüsen; Schweifsdrüsen
Infiltration der Haarbälge, besonders ihrer äufseren Sch
einer neuen Rundzellenwucherung. In einigen Fällen
Überbleibsel von Haarpapillen gesehen, aber die papilläre
gen waren durch Rundzellenwucherungen infiltriert. I
kein parasitäres Element vorgefunden, doch, da Verf. ihr
schnitte nur mit Hämatoxylin färbten, so ist ihre nega
obachtung von gar keinem Werte. Die Abwesenheit
einer Aussage über die vorhergehende Behandlung ve
den Wert des von ihnen studierten Falles bedeutend
wird wegen der Abwesenheit von Talgdrüsen und des I
neuer Bindegewebebildung jene Behandlung wahrscheinli
lich lange gedauert haben.

Die Punkte des klinischen Verlaufes, worauf ich h
hinweisen möchte, sind die Art des Ursprunges und
breitung der affizierten Stellen; die Abwesenheit, bei
jedem Falle, von Symptomen oberflächlicher Entzündu
völlige, gänzliche Ausfallen der Haare in einer bestimmt
die Seltenheit von Anzeichen lokaler Ernährungsstör
Haarschaftes; die unregelmäfsige Dauer des Bestehens
zierten Stellen; deren verschiedene Gröfse und schliefs
gewöhnlich vollkommen erfolgende Herstellung des n
Zustandes.

Da die Verteidiger der parasitären Theorie insges
Pilz als entweder in dem Haarbalge oder Schafte, ode
verhornten Schicht gelagert beschreiben, müssen wir vo
durch das Bestehen von Organismen entweder auf ode
halb des lebenden oder toten Gewebes hervorgebrachten
berücksichtigen.

Wie durch Bizzozero (Über die Mikrophyten der n
Oberhaut des Menschen. *Virch. Archiv.* Bd. 98. pag. 4
und andre gezeigt wurde, bestehen viele Organismen
normalen Haut, jedoch ohne auf die lebenden Gewebe
wirken oder aus denselben ihre Nahrung zu ziehen,
indem sie von abgestorbenem, durch Sekretion oder Absch
erzeugtem Material leben. Da letzteres eine tote Mate
daher auf das Vorhandensein jener Pilze zu reagieren

folglich keine Zeichen von Nutritionsstörungen zu sehen, venn die Produkte der Lebensvorgänge jener Pilze die enden Gewebe beschädigen. In den lebenden Geweben Pilze Gewebewucherung oder Degeneration erzeugen, ntzündung verursachen, von einer geringen nutritiven beginnend, an Intensität variierend und zur Eiterung oder übergehend, oder sie können auf die normalen Nutritions- des affizierten Teiles durch die Entziehung der Gewebe- direkt oder indirekt, oder mittels Verstopfung der Ge- rch Organismen, oder durch Erzeugung von fibrinösem innerhalb jener Organe schädlich einwirken.

Verteidiger der parasitären Theorie beanspruchen, dafs wie sich die Krankheit verbreitet, die manchmal beob- Röte, oder leichtes Abschuppen, das Vorkommen von henen Haaren, die Anwesenheit von Organismen, der kontagiöse Charakter, wie durch berichtete Fälle augen- n gezeigt wurde, und ferner die Behandlungsresultate t hinreichend die Richtigkeit ihrer Meinung beweisen chzeitig die Theorie eines neurotischen Ursprunges zu en geeignet sind.

, wie ist es aber, was die Art der Verbreitung betrifft? ird zugeben, dafs die Art und Weise, auf welche sich ierten Stellen in der Area vergröfsern, nämlich durch terschreiten an der Peripherie in das angrenzende Ge- s berechtigt, den entschiedenen Verdacht auf eine para- ffektion, wenn auch kein Pilz sich vorfände, zu hegen, de diese Art der Verbreitung bei lokal parasitären hen die Regel ist. BUCHNER behauptet sogar, dafs es väre, wollte man voraussetzen, dafs die nämliche Art der ung affizierter Stellen, so wie sie bei Alopecia areata vor- , durch eine Nerven- oder Blutgefäfsaffektion veranlafst könne. Wie jedoch später gezeigt werden wird, SCHULTZE zu beweisen, dafs es mit der neurotischen wohl vereinbar sei, und die von JOSEPH kürzlich ge- Experimente, auf welche ich bald hinweisen werde, seine Aussagen zu bestätigen. Ungeachtet de— -h- icht entscheidend, scheint das Faktum, dafs

sich auf gleiche Weise verbreiten, ein zu gunsten der para
Theorie wichtiger Punkt zu sein und sollte als ein hinr
dafür sprechendes Zeugnis betrachtet werden.

Was die Art und Weise des Ausfallens der Haare
so scheint sie eher gegen als für Organismen auf der allge
Oberfläche oder in den Haarbälgen als Ursache der Kr
zu sprechen. Zum Beispiel kommt es nicht selten vor, d
Patient eine sehr grofse kahle Stelle, die augenscheinli
in einem kurzen Zeitraum gebildet hat, sozusagen morgen
Erwachen bemerkt, ohne vorher die geringste Ahnung
zu haben, von einem Kopfhautübel befallen zu sein.
diese Krankheit von den beschriebenen Organismen ab
Organismen, die eher wegen ihrer Kleinheit, als ihrer g
Anzahl, so schwer zu finden sind, so würde man das Er
solch rasch sich bildender Areas von Kahlheit nicht er
aufser sie seien von mehr Entzündungssymptomen, als
werden, begleitet. So ist auch, meiner Meinung nach,
wöhnlich gänzliche Ausfallen der Haare von der aff
Area der Ansicht, dafs der Pilz seinen Sitz in den Haa
allein habe, widersprechend, denn dann würden viele
wenn sich die Krankheit verbreitet, der Verheerung en
und das Haar blofs sparsamer werden. Wenn der Pilz d
in Haarbälgen und auf der abgestorbenen Epidermis d
hornten Schicht, so wie beim Herpes tonsurans, leben wü
könnten wir, da der Pilz in dem angrenzenden Epitheliu
verbreitete, allerdings alle Haare affiziert bekommen. Do
würden wir in diesem Falle beobachten? Ohne Zweifel
das, was wir beim Herpes tonsurans sehen, nämlich: Z
von Entzündung oder Nutritionsstörung, oder überhaupt
sonstige Veränderung des Haares, so wie es bei Pityriasis
color vorkommt; das heifst, es würden eine Menge von gesp
und brüchigen Haaren und Zeichen von Entzündung vorko
oder es würde in dem verheerten Teile keine Nutritionss
vorgehen. Bei der Alopecia areata finden wir jedoch, da
Mehrzahl der Haare im ganzen, häufig von der Wurzels
begleitet, ausfallen, während der Schaft Zeichen von At
zeigt, Zeichen, welche ich hier nicht beschreiben werde,

zu jenen gehören, die mit dem, was man von der lokalen ung eines Organismus erwarten könnte, Ähnlichkeit haben. alle die Organismen auf dem Grunde des Haarbalges ge- waren, so könnten sie natürlich möglicherweise das Haar gehörigen Nahrung berauben, indem sie dieselbe von der balgregion für sich selbst, sobald sie in grofser Anzahl mmen, benutzen, doch würden sie dann in lebenden Ge- existieren und wahrscheinlich Anlafs zu entzündlichen nderungen geben und der mikroskopischen Untersuchung entgehen. Nach DUCKWORTH und HARRIS, die schon angeführt worden sind, wurden entzündliche Veränderungen hnitten ihres Falles beobachtet, doch kein Pilz vorgefunden. die Unvollständigkeit des beschriebenen Verlaufes von jenem und der daraus entspringenden Schwierigkeit, die Bedeutung beobachteten histologischen Veränderungen gehörig ins Auge assen, indem die Entzündung möglicherweise durch die Kur Krankheit, durch äufsere Applikationen erzeugt worden könne, habe ich schon früher aufmerksam gemacht.

Was die in gröfserer oder geringerer Anzahl abgebrochenen e betrifft, deren Menge in den meisten Fällen sehr gering sind keine Pilze an dem Sitze des Bruches wahrzunehmen. er ist der Zustand des Haares in der unmittelbaren Nach- haft des Bruches nicht derartig, um die Desintegration der rn durch Organismen voraussetzen zu lassen, noch sind, so ich weifs, Organismen in jenem Teil gefunden worden. rend folglich die Art der Verbreitung der affizierten Stellen die parasitäre Theorie spricht, stellen sich die Art und Weise Ausfallens der Haare und der anatomische Zustand bei der rzahl derselben der Meinung, dafs ein auf deren Struktur dlich einwirkender Pilz vorhanden sei, entgegen. Jedoch ist Möglichkeit eines in dem lebenden Gewebe an der Basis Haarbalges bestehenden Pilzes nicht ausgeschlossen; indessen diese Lage von keinem andren, aufser Dr. THIN, als der des Organismus angegeben worden, sondern jener Teil des rbalges vielmehr, oberhalb der Stelle, wo der Talgdrüsengang mündet. Obige Kritik bezieht sich daher besonders auf die lüsse von VON SEHLEN und jener, welche denken, der Pilz

sei in der allgemeinen Oberfläche oder innerhalb des Teiles des Haarbalges gelegen.

Dafs manchmal, vielleicht sogar sehr selten, eine Röte oder etwas Jucken oder Abschuppen im Anfan Krankheit beobachtet wird, würde eine Entzündung mi wahrscheinlich lokalen Ursache zeigen, doch, indem eine Röte ein Ausnahmszustand ist und, was noch mehr, nicht Dauer der Ausdehnung der Eruption fortbesteht, kan kaum als das Resultat von Organismen, so wie sie besc worden sind, angesehen werden; auch sogar, wenn wi aufser acht lassen, dafs eine von Herpes tonsurans a Stelle manchmal keine Zeichen von Entzündung zeigt.

Nun wollen wir die Lage der Organismen, wie sie v schon erwähnten Autoren beschrieben sind, samt den B ihrer ätiologischen Beziehungen zur Alopecie betrachten. (a. a. O.) fand dieselben den Haarschaft umringend, waren seine Patienten augenscheinlich Fälle von Herpe surans. MALASSEZ (a. a. O.) fand sie nur in den äu Schichten der Epidermis, und niemals in den Haarbälge von ihm beschriebenen Organismen werden von allen jen über diesen Gegenstand Studien gemacht haben, als wah lich zufällige Organismen, die für die Gewebe der Kopfha keiner pathologischen Bedeutung sind, betrachtet. Bu (a. a. O.) konnte keinen Pilz, aufser nachdem er Haare ku hatte, mit Bestimmtheit finden. EICHHORST (a. a. O.) fa mal in neun Fällen einen Pilz zwischen Haar und W scheide, welcher nach seinem Dafürhalten einige Ähnl mit dem von Pityriasis versicolor hatte.

Diese vier Beobachter beschreiben alle einen verschi Organismus, und keinem ist es gelungen, zwischen dem Pi der Alopecie die geringste Verwandtschaft zu beweisen. den von EICHHORST beobachteten Pilz betrifft, so wü seiner Gröfse halber nicht viel Schwierigkeit gemacht ihn in jedem Falle der Affektion, sobald er ein kon Element und die Ursache der Krankheit wäre, aufzufinde er aber denselben nur einmal in neun Fällen vorgefund

gen wir jene **Beobachtung** im betreff der Frage für die ie als wertlos beiseite legen.

un erübrigt es noch die Studien von Dr. THIN und EHLEN zu berücksichtigen.

r. THIN (a. a. O.) fand die Elemente, welche er für Bak- hielt, in der schon beschriebenen Lage, und schrieb das werden und Ausfallen der Haare den wachsenden Or- en zu. Er färbte die von ihm gesehenen Körper nicht, nachte er weder Kulturen noch Inokulationen. Die Ein- ıgen gegen seine Schlüsse sind, dafs die Haare in der keine Zeichen von Abbrechen oder Desintegration über- zeigen, und wenn solche Veränderungen stattfinden, sind ht solche, wie sie durch einen in den Haaren vorhandenen achsenden Pilz erzeugt werden würden.

s ist unnötig die Beobachtungen von J. HUTCHINSON t on the Natural History, Diagnosis and Treatment of ia circumscripta. *Lond. Med. Times and Gaz.* 1858. I. 55), MICHELSON, RINDFLEISCH (Area Celsi. *Archiv f. Der- ie und Syph.* Prag 1869. I. pag. 483), KAPOSI (*Patho- nd Therapie der Hautkrankheiten.* 1880), SCHULTZE (a. a. O.) ieler andrer zu wiederholen, da sie alle das Zerspalten erfasern des Haarschaftes, welches manchmal vorkommt, Resultat einer durch Störungen in den zur Haarproduktion gten Faktoren hinstellen und nicht als die direkte Wirkung Agens auf die Struktur des Haares, nachdem es vollkommen t ist.

s kann behauptet werden, dafs die Schlufsfolgerung aus Beobachtungen nicht richtig und die beobachtete fettige ung, die Zerfaserung der Länge nach und die querlaufenden e das Resultat von lokalen Störungen in der Struktur des s seien. Da aber diese nutritiven Störungen nur in geringer l der Haare in der affizierten Area, und nicht immer ismen an dem Sitz des Bruches gefunden wurden, während Iehrzahl der Haare eine unveränderte Konsistenz haben eine jener Veränderungen des Abbrechens zeigen, da weiter ockeren Haare mit oder ohne ihre Wurzelscheiden gewöhn- eine dünne und spitze Haarwurzel zeigen und von blasser

Farbe sind, während der obere Teil der Haare gröf
dunkler ist, so mögen jene Schlufsfolgerungen doch als
fertigt betrachtet werden. SCHULTZE (a. a. O.) fand,
Zerfaserung in reifen Haaren nur an gewissen Teilen des S
die besten Exemplare in trockenen, atrophierten, an
armen Haaren und in dem Stadium des „Schalt-“ oder
Haarzustandes vorkommen. In solchen Fällen begünsti
häufiges Nichtvorhandensein der Haarscheide und des n
Haarhäutchens das Zerfasern des Schaftes. Die Med
häufig abwesend. Diese, im Verein mit den andern
obachtern beschriebenen Veränderungen verlegen den S
Ursprung der Nutritionsstörungen nicht inner- sondern au
des Haares selbst, d. h. in die mit der Haarproduktion be
Faktoren. Doch, wie schon erwähnt, könnten Organisme
halb des Haarbalges gelagert sein, und indem sie die
Wachsen des Haares bestimmte Nahrung entziehen od
nehmen, das Ausfallen des Haares verursachen. Sie
jedoch nicht in den gewöhnlichen atrophierten Haaren
noch nicht Gelockerten vorgefunden; und andre Be
haben sehr selten in dem unteren Teile des Haarbalges
men gefunden; und ferner: würden sie ausschliefslich
unteren Teil des Haarbalges beschränkt sein und nicht a
gewöhnlicher toter Epidermis leben können, so würden
zierten Stellen nicht von runder Form sein, weil, un
kahle Stellen verursachen zu können, die Organismen
oberflächlichen toten Epithelien frei sich ausbreiten
müssen. Diese Gründe ins Auge fassend, müssen wir sc
dafs von einem klinischen Standpunkte aus keine ätio
Beziehung zwischen den von Dr. THIN beschriebenen El
und der Krankheit Alopecia areata als bestehend
wurde, wiewohl einige in den gespaltenen Haaren beo
Veränderungen durch die von ihm beschriebenen Org
verursacht worden sein mögen.

(Schlufs folgt.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Österreich.

teljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1888. Heft 2.

r Lichen ruber. Nach einem Vortrage gehalten auf der derma-
n Sektion zu Wiesbaden von Prof. J. CASPARI in Königsberg.
fel.) Über diesen Vortrag wurde schon im vor. Jahrgang, pag.
er Zeitschrift referiert.

r einige neuropathische Dermatosen, von Prof. R. CAMPANA
„Mein Thema eignet sich wenig zu einer Publikation in ge-
Form, da es sich hauptsächlich um klinische und histologische
ngen handelt. Dennoch werde ich bestrebt sein, nur die Haupt-
nd diese in möglichster Kürze, hervorzuheben, indem ich über das
Pigmentsarkom, die Juckblattern und die sogenannten Muttermale

wüfsten nicht, was Verf. noch mehr an durchaus unfruchtbaren
hen Raisonnements über den gleichen Gegenstand leisten könnte
n vergebens gesucht, neue und wirklich beweisende histologische
sche Mitteilungen für seine Ansicht zu finden. Gar zu häufig, wo
wirkliche Erklärung erwarteten, stofsen wir auf das Wort: „Es
weit führen, wollten wir der Sache auf den Grund gehen" —
iches — (z. B. pag. 179. 183—186. 187 u. s. f.).

Pigmentsarkome und teleangiektatische Sarkome der Haut.

e Form von Hautsarkomatose wird gewöhnlich von einer Sarko-
nd Fibromatose der peripherischen Nerven begleitet. Es scheint
wahrscheinlich, daraus ableiten zu dürfen, dafs diese Nerven auf
eitung und Reproduktion andrer Sarkome auf der Haut Einfluſs
Ich ziehe diese Schlufsfolgerung auch aus den nachstehenden
en:

Dafs von Sarkomen abhängige Veränderungen der Haut und der
ämme gefunden werden;

dafs die Veränderungen der Nerven öfters älteren Datums sind als
Haut;

dafs viele Blut- oder Lymphangiome nach Gebieten bestimmter
erteilt sind;

dafs viele Hautfibrome Beziehungen zu Fibromen und Fibro-
n haben;

dafs das Hautsarkom symmetrisch auftritt, wie ein Exanthem . . .
e peripherische Verbreitung der bestimmter Nervenstämme ent-

6. aus dem Befunde, dafs in dieser neoplastischen Form auc
Elemente der Neubildung vorkommen, die nicht alle Merkm
Aggregats von Sarkomzellen tragen; und aus der Beobachtung, d
Elemente mitunter für die heilende Wirkung der Arsenikpräparate
lich sind (Köbner), wie wir dieses selbst bemerkt haben;

7. aus dem Befunde, dafs in den Stellen, an denen ein b
Eindringen von indifferenten Zellen in die Haut stattgefunden h
Nervenendigungen mit sarkomatöser (!?) Anschwellung vorkommen

8. aus der Beobachtung, dafs der Krankheit ein oft wiederk
Nesselausschlag oder mitunter ein Jucken an den Extremitäten v
oder dieselbe begleitet, Störungen, welche nur dem Nervensyste
schrieben werden können;

9. aus dem übergrofsen Schmerz, den die Kranken an den
Teilen und längs einigen Nervenwegen, welche vielen kranken
entsprechen, empfinden, besonders bei Druck;

10. aus der Thatsache, dafs in diesen Sarkomformen die
der Hyperplasie und die Periode der Atrophie wahrgenommen we

Diese Reflexionen sind Ref. zum Teil unverständlich, zum
jeder stützende Beweis.

II. Die Juckblattern und ihre Beziehungen zum Nervensystem.

Zunächst erwähnt Verf. 2 Fälle von Lupus tuberculosus, v
mit wirklichen Juckblattern; er meint, dafs das Symptom des Juc
die trophische Störung der Haut bei den Juckblattern primär v
Alteration der Nerven veranlafst werden und nicht von Alterati
Haut abhängen.

Verf. sagt, dafs weder die akute noch die chronische Neurit
gemeinen als anatomische Grundlage der Juckblattern gelten ka
die Fälle von wirklichem Prurigo sind selten, und Fälle von
besonders chronischer, sind häufig. Er will nun Veränderunger
peripherischen Hautnervenendigungen bemerkt und gesehen hab
viele in der Haut und im subkutanen Gewebe verlaufende Ner
Form verloren haben und viel dicker als im Normalzustande
sind. (Präparate, resp. Abbildungen gibt Verf. nicht. Hier und s
Stelle der Arbeit hat man den Eindruck, dafs Verf. voreingenon
doch noch immer nicht sehr zuverlässigen Nervenfärbungen Sch
pathologische Veränderungen gezogen hat.)

Nach Verf. soll das Jucken, das bei Hautsarkomatose b
werde (?), den ersten sarkomatösen Veränderungen nicht vorangehen
denselben (infolge der Nerververänderungen) folgen. —

III. Im dritten Teile der Arbeit weist Verf. darauf hin,
Muttermale geben kann, die in einem oder mehreren Ha
gebieten an irgend einer Stelle des Körpers genau verteilt sind; e

) — hier nicht mitgeteilte — Fälle, „bei denen die Beziehung mit ervensystem durch die Verbreitung klar in die Augen springt.“
erf. meint, dafs man im Falle einfacher vasamotorischer Störungen ch vor allem die Ursache nicht in den Nervenzentren, sondern in nglien und in der peripherischen Nervenzweigung der vasomotorischen uptsächlich trophischen Nerven zu suchen habe. —

ber chirurgische Behandlung der suppurierenden venerischen en, von Dr. Karl Szadek in Kiew. Aus der venerischen Abteilung z. Dr. A. Fleischer im Kiewschen Militärhospital. Verf. gibt eine rdentlich eingehende historische Übersicht über die Geschichte der nbehandlung und ein Litteraturverzeichnis über den Gegenstand, ht weniger als 150 Nummern bringt. —
ie in Kiew angewandte Behandlung ist folgende: Bei beginnendem so lange keine Fluktuation und Rötung der Hautdecke vorhanden ist, he; bei bestehender Rötung Anwendung der Compresse échauffante rbollösung bis zur vollständigen Vereiterung. (Den Nutzen dieser erung der Behandlung, wenn man doch schon sieht, dafs ein operativer nötig ist, vermag Ref. nicht einzusehen; im Gegenteil zieht Ref. inzidieren und zu exstirpieren, so lange man noch möglichst die erenden Bubonen in toto herausbringen kann.) Äufserliche Anwen- esorbierender Mittel, wie z. B. Tr. Jodi u. s. w. hatte nie Erfolg.
ie Eröffnung geschieht durch einen, meist dem Lig. Poupartii laufenden, breiten ausgiebigen Schnitt; die Buchtungen werden r Schere gespalten; nachher werden alle, nicht nur die in Vereite- egriffenen, sondern auch die geschwellten Drüsen meist stumpf mit ngern entfernt, die Drüsenreste und derben Granulationen mit m Volkmannschen Löffel ausgekratzt. Wenn aber noch irgend eine te Drüse induriert war und der Entfernung wiedersand, so mufste re Kapsel mit einem Messer öffnen und den Drüseninhalt gleichfalls eln; war die Hautdecke bereits in grofsem Umfange zerstört und ar, so wurde sie am besten gleich mittels der Schere abgetragen.
eben das Operationsverfahren so ausführlich, da uns eine kritische kung Szadeks gegen Kümmel nach dieser Beschreibung unverständ- scheint. Er sagt: „Obwohl die von Kümmel angewandte Methode talen Exstirpation aller vergröfserten Inguinaldrüsen relativ gute Er- ergibt, unterwirft sie die Patienten unnötiger Weise nicht geringer , da in neun von den fünfzehn Kümmelschen Fällen die Kruralgefäfse ar oder weniger bedeutender Ausdehnung bloßgelegt wurden.“ Das ts der Fall, wenn viele Drüsen infiltriert sind; und da Verf. ja aus- ich sagt, dafs auch er alle infiltrierten Drüsen wegnimmt, so wird h häufig bis auf die grofsen Gefäfse kommen. Bei einiger Vorsicht t es, nach der Erfahrung des Ref. wenigstens, stets, ohne gröfsere ng zum Ziele zu gelangen.
Nach gehöriger Desinfektion und Ausfüllung mit Jodoform und

Jodoformgaze verzichtet Verf. auf die Naht, worin Ref. mit ihm
stimmt, da eine absolute prima intentio bei suppurierenden Bu
den Seltenheiten gehört; die Heilungsdauer ist mindestens die gle
bei der Naht, ja eine kürzere sogar (Kümmel im Mittel 30,6 Tage, 1
21,3 Tage, Kriser 23 und Pick [unter Jodoform und Jodol] 16 Ta
wöhnlich sind im ganzen nur 3 Verbände nötig.

Über therapeutische Ersatzmittel des Chrysarob
chemischen Standpunkte, von Prof. Dr. C. Liebermann in B

Über Anthrarobin, ein Ersatzmittel des Chrysaro
der Pyrogallussäure bei der Behandlung von Hautkrank
von Dr. Gustav Behrend, Doz. a. d. Univers. in Berlin.

Beide Aufsätze decken sich dem Inhalte nach vollständig —
fast wörtlich — mit den von den gleichen Verf. in den *Therap*
Monatsheften und der *Berliner klin. Wochenschrift* über den
Gegenstand erschienenen Arbeiten und sind bereits pag. 434 u. 4
Jahrgangs referiert.

Hamburg. von Düru

England.

Scarlatina, Variola, Vaccine. Obermilitärtierarzt Fleming
Dez. 24. 1887) findet die allerdings sehr verbreitete Ansicht, daſs
nicht Andres als die durch den Einfluſs der übermittelnden Kuh m
Variola sei, geradezu lächerlich. Er selbst ebenso wie Chauveau
andern Forscher mit 3 oder 4 Ausnahmen hat sich vergeblich
Vaccine durch Übertragung von Pockengift auf Kühe zu erhalten.
dem müſste, falls die vorherrschende Anschauung den Thatsa
sprechen soll, die Vaccine sich bei Übertragung auf Menschen
als Variola entwickeln. Den Ausführungen von Crookshank,
kürzlich ausgebrochene Scharlachepidemie nicht auf die unter d
der Meierei in Hendon beobachtete eigentümliche Krankheit (Ent
von eiterigen Bläschen an den Eutern) zurückgeführt wissen will
Verf. bei, denn es sei durchaus keine dem Scharlachfieber ähnlich
heit bei Kühen bisher beobachtet.

Zur Ätiologie und Therapie der Scarlatina. Das z
achtung des von Dr. Edington als spezifisches ätiologisches A
Scarlatina angesprochenen Bacillus eingesetzte Komitee hat nunm
vorläufigen Bericht herausgegeben. Die darin dargelegten Resul
Untersuchungen lauten: 1. Es findet sich thatsächlich bei einem
Prozentsatz der Scharlachkranken in dem ihnen unter den nöt
sichtsmaſsregeln entnommenen Blute ein Mikroorganismus, der de

cillus scarlatinae beschriebenen Bacillus ähnelt. 2. Sind die genannten
er der Ansicht, dafs Kleins Streptococcus scarlatinae identisch ist
m Streptococcus rubiginosus Edingtons. 3. Ist es ihnen bisher un-
h gewesen die Schlufsfolgerungen Edingtons in bezug auf die patho-
Bedeutung des sogen. Bacillus scarlatinae zu bestätigen.
Es war von zehn Patienten, die an ausgesprochenem Scharlach litten,
ersten bis dritten Tage Blut entnommen und mikroskopisch unter-
worden; in 3 Fällen fanden sich Mikrokokken nebst sehr spärlichen
n; bei 4 Fällen fanden sich blofs Mikrokokken, und bei 3 Patienten
n gar keine Mikroorganismen nachgewiesen werden. Kulturen aus
lute von 9 Fällen derselben Art ergaben in 4 Fällen beides, Bacillen
Mikrokokken, in 2 Fällen nur Mikrokokken, und in 3 Fällen ergab
in negatives Resultat (von letzteren entsprach nur der eine Fall den
ven mikroskopischen Untersuchungen). Kulturversuche mit Schüppchen
em typischen Falle blieben erfolglos. Verschiedene an Kälbern aus-
te Impfversuche desgleichen, sowohl bei Inokulierung mittels Skari-
, als auch bei Injektion bacillenhaltiger Flüssigkeit und des Blutes
harlachkranken; ebenso waren Fütterungsversuche mit Desquamations-
an einem Kalbe erfolglos.

Lepra non tuberculosum verbunden mit lokaler Asphyxie zwischen
nästhetischen Gebieten. Beevan Rake (Trinidad) macht Mitteilung
t. Nov. 12. 1887) über einen Franzosen, der lange Zeit eine flecken-
über den Extremitäten entwickelte Anästhesie ohne jegliche Spur
Hautverletzung dargeboten hatte, während der kälteren Jahreszeit
sich darauf Taubheit und Kältegefühl der Finger ein, wobei die Haut
en den besagten Flecken auf den Extremitäten eine schmutzig rötlich
Farbe, die manchmal fast schwarz wurde, annahm. Bei der Autopsie
n sowohl im Nervus median. als im Halssympathicus Bacillen nach-
en. Die Todesursache war Dysenterie und Leberabscefs gewesen.

Behandlung des **Krebs mit Chiosterpentinöl.** Clay (*Lancet.*
9. 1887) gibt eine detaillierte Schilderung verschiedener Fälle von
lioma des Uterus und der Vagina, Zunge, Nase, des Gesichts und des
allein, welche mittels Oleum terebinthinae Chios (in Dosen von je
Theelöffeln 3mal täglich) mit ausgezeichneten Resultaten behandelt
n. In späteren Nummern desselben Blattes teilen etliche Korrespon-
mit, dafs sie das Mittel bei vielen verschiedenen Patienten ohne
eringsten Erfolg angewandt haben; Clay entgegnet hierauf, dafs eine
ge Wirkung nur während der allerersten Stadien von dieser Be-
ungsweise erwartet werden könne.

Über Argyrie. Baron beschreibt (*Brit. Med. Journ.* Okt. 22. 1887)
Fall dieses Leidens, der auf wiederholte Pinselungen des Rachens
Höllensteinlösungen zurückzuführen ist. Wilks und Duffey (ibidem,
5) haben beide schon ähnliche Fälle beobachtet. D. ist der Ansicht,

dafs das Silbernitrat nicht durch die Rachenschleimhaut oder di
resorbiert werde, sondern dafs die Lösung in den Magen g
müsse.

Myxödem. Handfield Jones und Alderson machen (
Journ. Nov. 5. 1887) beide Mitteilung über Fälle von Myx
welchem Menorrhagien eins der markiertesten Symptome bild
Falle von J. waren die Menstrualblutungen mehrere Jahre d
Symptomen vorausgegangen. Es liegen von andern Verfasse
Berichte vor, welche auf eine dieses Leiden begleitende hochgrad
hagische Diathese hindeuten. Dieselbe äufsert sich nicht nur w
Katamenien, sondern auch bei geringen Verletzungen aller Ar
Zahnextraktionen.

Über kongenitale elephantoide Leiden. S. Mackenz
strierte (ebenda) eine 59jährige Patientin mit elephantoiden Ve
an verschiedenen Teilen des Körpers. Ihr Vater hatte an Ansc
der Arme und Beine gelitten, und auch die andern Kinder hatt
Affektionen aufgewiesen. Druckbehandlung hatte sehr zur Ver
der Geschwulst beigetragen, indessen recidivierte dieselbe,
der Kompression nachgelassen wurde. Es war nichts von Fila
weisen.

Symmetrische Gangrän. Suckling stellt (ebenda) ein
Mädchen vor, welches neben Struma auch an symmetrischer G
Finger und Zehen leidet. Im zweiten Lebensjahr erlitt sie
Kaninchen eine Bifswunde am rechten Zeigefinger, worauf 3 Mo
Blasenbildungen sich einstellten. Seitdem sind sowohl Finger
mit Ausnahme von höchstens monatsweisem Heilen stets wun
Von Zeit zu Zeit stellte sich paroxysmale Entzündung an
Fingern ein und zwar unter den heftigsten Schmerzen. Die En
und das periphere Ende der Mittelphalangen war am zweiten,
fünften Finger einer jeden Hand verloren gegangen; der eine D
entzündet und die Endphalanx nekrotisiert. Es bestand nirgends
nirgends Schmerzen. Auf den Beinen war die Haut bläulich ve
dünnt und an verschiedenen Stellen ulceriert; das geringste Tr
sofort zu einem hartnäckigen Geschwür. Die Endphalanx war
kleinen Zehen nekrotisiert. Patellarreflex erhalten, Fufssohlenre
Das ganze Bild verschlimmerte sich stets bei kalter Witterung.

Die Zähne bei hereditärer Syphilis. J. Hutchinson
Med. Journ. Nov. 12. 1887) stellte Patienten vor, an denen sich s
Deformitäten der Zähne fanden. Redner hob hervor, dafs die
in diesen Fällen grofse Neigung haben frühzeitig kariös und lose
infolgedessen es meist unmöglich ist dieselben zur Diagnose zu
Diejenigen Zähne zeigen im späteren Lebensalter die bedeutend

Veränderungen, welche am frühesten verkalken und welche der choberfläche am nächsten gelegen sind, d. h. die bleibenden und die ersten Mahlzähne. Normaler Weise finden sich auf der der mittleren Incisivi drei kleine Prominenzen; auf Abnutzung ngelhafter Entwickelung der mittelsten derselben beruht zum Teil das Entstehen der halbmondförmigen Einkerbung und der Kante. Zuweilen finden sich auch horizontale Erosionen des nelzes infolge merkurieller Stomatitis verbunden mit den Symptomen nilis. Die oberen Incisivi sind von allen Zähnen die eigentlichen e auf hereditäre Lues; freilich haben auch viele der Patienten gesunde Zähne.

n Nachweise der auf der Haut ausgeschiedenen Harnsäure.

E (*Brit. Med. Journ.* Nov. 19. 1887) stellt die Behauptung auf, nsäure durch die Haut ausgeschieden werde. Dieselbe löst sich in m Verhältnis von 0,003 der reinen menschlichen Harnsäure auf O bei 37° und geht auf dialytischem Wege durch tierische Mem- indurch. Zum Gelingen der Murexidprobe ist grofse Vorsicht g. Durch Anwendung der folgenden Mafsregeln ist es T. gelungen iedenen im türkischen Bade gesammelten Schweifsproben deutliche on Harnsäure nachzuweisen. Die zu untersuchende Flüssigkeit ch auf ein kleines Volumen eingedampft, und während sie noch durch ein kleines Filter filtriert. Alsdann setzt man ein paar HCl zu und läfst einige Tage stehen, damit die Harnsäure sich Darauf wird das Ganze filtriert, der Rückstand nach gründlichem mit einigen wenigen Tropfen Alkohol angefeuchtet und gründlich r ausgewaschen um die Milchsäure und die Fleischmilchsäure auf- da diese das Gelingen der Probe verhindern. Hierdurch erhält Harnsäure als alleinigen Rückstand. Bei Anwendung der Murexid- kleine Mengen von Harnsäure ist es von besonderer Wichtigkeit tersäure genügend zu verdünnen, jeden Überschufs zu vermeiden Spur von reduzierenden Substanzen (Milchsäure, Fleischmilch- veifs, Zucker) zu entfernen. Die Säure darf höchstens zu 5 Teilen % Lösung auf 20 bis 30 Teile der konzentrierten kalten Harn- ng (1 : 15000) in Anwendung kommen. Es ist nicht möglich im ie erforderliche Menge richtig abzuschätzen. T. hat deshalb das Verfahren sich ausgedacht, um die nötige Verdünnung herzustellen: eine dem Verhältnis annähernd entsprechende Menge Säure zu- dann gieſst man die Flüssigkeit in ein sehr tiefes Uhrschälchen läfst auf dem Wasserbade bei 100 C. abdampfen ohne umzurühren rhaupt die Lösung zu bewegen. Beim nunmehrigen Verdunsten ch successive Ringe von Harnsäure auf dem Uhrglase ab; bei den rst bildenden Ringen ist die Salpetersäure zu stark verdünnt, bei en zu konzentriert gewesen um das Hervortreten der Murexidprobe lichen; es mufs aber notwendigerweise an irgend einer Stelle sich

der genau passende Konzentrierungsgrad der Säure vorfinden, so d
die purpurrote Farbe in einer kreisrunden Zone deutlich markiert.

Rushton Parker schildert (*Brit. Med. Journ.* Dez. 17. 1887) e
Laufe von 6 Tagen tödlich endenden Fall von **akuter infektiöse**
carditis bei einem 20jährigen Mädchen, welcher hauptsächlich we
dabei entstandenen multiplen **Embolien der Haut** von Interesse i
selben stellten sich als scharlach- und purpurrote Hämorrhagien
licher Anzahl auf dem Thorax ähnlich wie bei Typhus exanthem
Auf der Vorder- und Innenfläche der Oberschenkel traten du
Flatschen in der Gröfse der verschiedenen Münzen hervor.
Schienbeinen und Füfsen zeigten sich hellrote Stellen in der Haut
beginnenden Frostbeulen; auf dem linken Vorderarm bildeten sic
wenige nicht scharf ausgeprägte hellrosarote Petechien aus.
Enden der Finger und Zehen entwickelten sich zahlreiche Bläsch
denen die einen farblos und durchscheinend, die andern durch B
purpurrot gefärbt waren; sie ragten nicht über das Niveau der Hau
und verursachten infolge der Unnachgiebigknit derselben grofse
lichkeit und Schmerz, ähnlich den durch Pocken hervorgerufenen
gischen Veränderungen dieses Gewebes. Je eine Pustel entwick
auf dem Rücken und auf dem grofsen Zeh. Im späteren Verlaufe
sich eine schmutzig rosarote Maserung vermischt mit Petechien i
Rücken und das Abdomen bis auf den Nacken hinauf, wodurch v
eine Ähnlichkeit mit Typhus exanthematicus hervortrat. Die
zeigte frische Endocarditis der Aortenklappen, die sich auch
Aortenintima audehnte, nebst Infarkten der Milz und Nieren.

Myxödem. Grainger Stuart und Affleck (*Brit. Med*
Dez. 17. 1887) demonstrierten Fälle von Myxödem bei Frauen;
hatten durch römische (türkische) Bäder, gewöhnliche heifse Bäd
Massage sich erheblich gebessert. Bei A.s Fall waren vierstündlic
peraturmessungen vorgenommen worden. Die Kurve stellt eine
subnormale Linie dar.

Zur Therapie der Scarlatina. Wigglesworth (*Lancet.*
1887) hat mittels innerlicher Verabreichung von Karbolsäure 300
einander folgende Fälle von Scharlachfieber ohne einen einzigen
behandelt. Er verwendet reine Karbolsäure in 10 % Wasser
Bei Kindern von 2—6 Jahren verschreibt er davon 0,2 in 30,0 S
Aur. und Aqua alle 2 Stunden während der ersten 3 Tage; alsda
die Dosis alle 3 Stunden bis zum fünften Tage und darauf 3 ma
bis zur völligen Genesung verabreicht. Für Erwachsene kann
auf 0,35—0,4 mit dementsprechender Vermehrung des Vehikels
werden. Die Behandlung mufs Tag und Nacht fortgesetzt wer
es soll die Dunkelfärbung des Urins bis zu den äufsersten Gre
steigert werden. Albuminurie hat Verf. dabei nur in 3 Fällen be

r war diese Komplikation auf direkte Erkältungseinflüsse während
onvaleszenz zurückzuführen. Gaben von 0,06 dreimal täglich jedem
bewohner des betreffenden Hauses verabreicht, gewähren selbst
olierung des Patienten eine fast absolute Prophylaxis. Selbst in
gen grofsen Dosen gegeben, ruft die Säure keine üblen Neben-
n hervor.

rcinoma arsenicosum. JONATHAN HUTCHINSON teilte der Patholo
ciety von London Beobachtungen mit (*Lancet.* Dez. 10. 1887),
darauf hindeuten, dafs Epithelkrebs durch den lange fortgesetzten
von Arsenik entstehen kann. Rauhigkeit der Haut und die
lung zahlreicher kleiner Knoten auf Handtellern und Fufssohlen
erst während mehrerer Jahre hervor, worauf denn diesem Stadium
ickelung von Geschwüren folgte. Letztere wiesen eine krebsartige
nheit auf, entwickelten sich manchmal unabhängig von der hor-
erdickung der Haut und waren nicht immer auf die Handflächen
sohlen beschränkt.

zembehandlung. Es werden von RADCLIFFE CROCKER (*Lancet.*
1887) eine Anzahl Fälle beschrieben zur Beleuchtung der Ekzem-
ng in akuten Fällen mittels Gegenreizen, welche in Form von Senf-
(Senfblätter) über der Wirbelsäule appliziert werden. Die Me-
vom Verf. schon früher beschrieben (*Brit. Med. Journ.* Mai 1887).
enreiz soll auf der Wirbelsäule dem vasomotorischen Zentrum der
n Hautstelle entsprechend angesetzt werden. Die Methode ist am
hsten, wenn die Anwendung kurz vor einem erneuten Ausbruch
Patient gewöhnlich durch bestimmte Empfindungen um einige
voraus wahrnimmt) statt hat. Es gelingt dann oft den Anfall zu
oder erheblich einzuschränken. Auch gewährt diese Behandlung
e Erleichterung, wenn der unerträgliche Pruritus den Patienten
en verbittert. Indes soll man dieselbe niemals anwenden, wenn
tion schon im Nachlassen begriffen ist.

l von Pemphigus mit nachfolgender Arsenikpigmentierung.
D (*Clinical. Soc.* London. Okt. 14. 1887) beschreibt einen Fall
nsivem Pemphigus bei einem 13jährigen Kinde. Das Leiden trat
se auf, dauerte ein ganzes Jahr, war mit Fieber verbunden und
owohl die Haut als auch die Schleimhäute. Es fanden sich in den
rulenten Blasen keine Mikroorganismen. Chinin wurde in grofsen
it Erfolg gegeben und alsdann Arsenik. Nachdem 0,9 g Liq.
l. Fowl. dreimal täglich während 10 Wochen gegeben worden war,
nf, dafs die Haut des ganzen Körpers trocken, lederartig und pig-
h war. Die Achselhöhlen, Leisten und Abdomen zeigten die dunkle
ie sie bei Morb. Addison. vorkommt. Es wurde nachgewiesen, dafs
nkle Färbung auf Pigmentablagerung (?) im Rete und zum Teil
r oberflächlich gelegenen Epithel beruhte. Die Arsenikbehandlung

wurde ausgesetzt und Einwickelungen mit nassen Laken verordn
Verlauf eines Monats hatte die Haut ihr normales Aussehen wiederg
und es war viel von dem abgelagerten Pigment wieder versc
Auf Händen und Füfsen war die Haut an zahlreichen, längliche
von narbigem Aussehen, verdickt und hervortretend. Diese Flec
mit kleinen weifsen Körperchen von der Gröfse eines Hirsekorns
es waren dieses Anhäufungen von entarteten Epithelzellen in de
Schichten der Epidermis. Ihr Entstehen glaubt H. auch wohl au
wirkung des Arseniks zurückführen zu dürfen. Sie verschwan
ca. 5 Monaten. Nach den aus diesen und andern Fällen gewonn
fahrungen hält H. es für erwiesen, dafs die Verabreichung vo
0,6 g Fowlerscher Lösung dreimal täglich nach 2 Monaten im
Pigmentierung in der Haut hauptsächlich des Abdomens, der unte
hälfte, Lendengegend, Achselhöhlen, Leistengegend und der Innenf
Oberschenkel hervorzurufen. Dieser Zustand ist nicht unbedin
mit Rauhigkeit oder Trockenheit der Haut verbunden; sie verlo
wöhnlich im Laufe von 1—4 Monaten.

Radcliffe Crocker glaubt, dafs Pigmentierung nicht ger
nach Psoriasisbehandlung an den erkrankt gewesenen Stellen in
Anwendung von Arsenik beobachtet werde. Diffuse Pigmentabl
seien weniger häufig zu finden. Diese Affektion beruhe wohl auf
von Arsenik in der Haut und bedürfe weit längerer Zeit als 4 M
zum Verschwinden.

Psoriasis. Zur Behandlung der Psoriasis empfiehlt Kent
aufs wärmste die heifsen alkalischen Wasser von Bath (Englan
selben wurden schon von den Römern, so lange sie das Land in
in ausgedehntem Mafse bei diesem Leiden angewandt. Die meis
selbst wenn die ganze Oberfläche von dem Ausschlag dicht b
werden durch eine höchstens 6 Wochen lange Kur geheilt.
August 1887.)

Hyperidrosis pedum. Die Behandlung der Schweifsfüfse
verschiedenen Korrespondenten im *Lancet* (Aug. und Sept. 1887) be
Als die zuverlässigsten Mittel dagegen werden empfohlen: Natro
fein pulverisiert oder als gesättigte Lösung; ferner borsaures N
Verhältnis von 1 : 20 Aq. als Waschwasser mittels Schwamm jede
nach einem heifsen Fufsbad aufzutragen; auch Salpetersalzsäure in s
wässeriger Lösung als Fufsbad zu verwenden.

Pemphigus post partum. Barnes hat einzelne Fälle dieser
beobachtet. Croft beschreibt (*Lancet.* Okt. 29. 1887) folgend
Eine 37jährige Frau, welche 12 Kinder geboren und eine Frühg
habt hatte, brachte im November 1886 ein gesundes Kind z
Weder sie noch der Ehemann hatten an Lues gelitten. Bis zur
Tage nach der Geburt war das Wochenbett normal verlaufen,

sich unwohl zu fühlen, und sich Blasen auf dem Vorderarm ent-
n. Dieselben breiteten sich bald über die übrige Körperoberfläche
griffen sogar auch auf Gesicht und Füfse über; gleichzeitig stellte
orexie, Unruhe und allgemeines Unbehagen ein. Keine Temperatur-
ng. Mittels Tonica und grofser Dosen Arsenik wurde die Störung
eseitigt, indessen schossen während der nächsten 6 Wochen immer
einzelne Blasen auf. Es war nach den 3 vorhergehenden Ent-
en regelmäfsig ein ganz ähnlicher Ausschlag jedesmal (ebenso wie
m Fall) am vierten Tage p. p. aufgetreten und hatte 10- resp.
5 Wochen angehalten.

cus tropicum (Tropical Ulcer). Diese Benennung wendet RANKING
Aug. 27. 1887) auf die sonst mit vielen verschiedenen Namen
ete Ulceration (Delhi boil, Meean Mur sore, Scinde sore etc.) an.
ktion ist in allen Fällen genau die nämliche. Sie beginnt als
eck in der Haut, wird bald ödematös, zerfällt und bildet somit ein
enes Geschwür mit tief unterminierten Rändern. Dieses bildet sich
einem grofsen, torpiden Ulcus mit verdickten Rändern und ödema-
ngebung um, das oft aufserordentlich schmerzhaft ist. Der Schmerz
t immer in periodischen Zwischenräumen auf. Dabei entwickelt
ner ein eigentümlicher schuppiger Schorf, welcher die Heilung
ch verzögert. Wird das Entstehen dieses charakteristischen Schorfes
rt, so heilt das Geschwür langsam zu, jedoch bleibt die Oberfläche
esprochener Schuppenbildung auf der Epidermis bedeckt, wodurch
nringe abgelagert werden, bei deren Entfernung die Haut zu
nfängt. Die Narbe zeigt erhebliche Pigmentierung, ist aber trotzdem
philisnarben leicht zu unterscheiden. Die Therapie ist die der
und erfolgt ohne solche Behandlung niemals gründliche Heilung;
igenden, grofsen Dosen Arsenik oder Chinin heilt aber das Ulcus
nd fest. Es empfiehlt sich die Ränder stets an mehreren Stellen
durchschneiden, desgleichen den bindegewebigen Untergrund aus-
u inzidieren vor der lokalen Anwendung von Medikamenten. Die
tung läfst sich sehr beschleunigen durch Transplantationen von
chhaut von Fröschen.

yperidrosis circumscripta. PARAFIANOWITCH (Kaluga) beschreibt
lle von umschriebenem Schwitzen am Gesicht, welches als Folge
reiterung der Parotis eingetreten war. Der eine der beiden Pati-
ar er selbst. Es war die rechte Parotis nach überstandenem Typhus
naticus vereitert und hatte zu beträchtlicher Herabsetzung der
tät in M. masseter und der Haut der betroffenen Seite geführt.
itig bestand eine hochgradige Disposition zu kopiösem Schwitzen
m scharf lokalisierten Gebiet auf der rechten Regio temporalis, und
snahmslos während des Kauaktes. Der andre Fall betraf eine
in deren Wange infolge von Abscefs eine tiefe Narbe entstanden

war, wodurch intensives Schwitzen der Wangen während des Kau nur hierbei) herbeigeführt war. (*Brit. Med. Journ.* Juli 9. 1887.)

Rice (*Brit. Med. Journ.* Aug. 20. 1887) beschreibt einen intensiver Gicht, welche das rechte Ohr befiel und zu Taubhe Bald nachher trat kopiöses Schwitzen auf der rechten Schläfenge Dasselbe trat auch anfallsweise ein, und zwar ohne nachweisl anlassende Momente. Einige Jahre später bildete sich ein Absce rechten Parotis. Veränderung oder Verminderung der Sensibilit Haut der betroffenen Gegend war nicht nachzuweisen.

Wilde hat (ebenda. Sept. 24. 1887) ähnliche Verhältnisse b jungen Manne beobachtet, in dessen rechter Parotisdrüse sich nacl exanthematicus ein Abscefs gebildet hatte. Bald nachher wurd skriptes Schwitzen auf einem ca. 1,2 cm im Quadrat grofsen Gebie Mitte der Wange derselben Seite wahrgenommen. Dasselbe stellte nahmslos beim Kauakte ein auch bei Einführung saurer Subst den Mund. Diese Anomalie hatte seit mehr als 20 Jahren b Auch hier war niemals eine Herabsetzung der Sensibilität eingetre

Penny erwähnt (ebenda) zweier analoger Fälle, von denen als aufserordentlich profuses und völlig lokalisiertes Schwitzen na geheilten Leistenbubo geschildert wird. Dasselbe war ausschlie die Umgebung der Narbe beschränkt. Beim zweiten Patienten es sich um eine eben überstandene Gonorrhöe. Das pathologische S war auf die linke Leistengegend beschränkt; hierbei hatte sich k entwickelt, und es fanden sich auch keine äufserlichen Andeutu Entzündung, aufser dafs der Samenstrang druckempfindlich war.

Hereditäre Syphilis. Hale White (*Brit. Med. Journ.* 1887) demonstrierte verschiedene einem 7jährigen Mädchen, das genitaler Syphilis gelitten hatte, entstammende Präparate. Es fan 1. Ausgedehnte pathologische Veränderungen an Leber, Milz, Därmen, Halsdrüsen. 2. Chronische Peritonitis. 3. Bindegewebig und Gummata in der Leber neben der Cirrhosis. Die Symptor sich durch die angewandte Therapie gebessert, als Patientin Tonsillitis zu Grunde ging.

Brooke (*Brit. Med. Journ.* Dez. 17. 1887) stellte eine 45jäh mit **kongenitaler Lues** vor; sehr bald nach der Geburt war ein Anschwellung der rechten Glutäalgegend bemerkt worden, die zunahm, bis schliefslich die rechte Hinterbacke doppelt so grof linke wurde. Bis vor kurzem hatte Patientin keine weiteren Bes davon gehabt, jedoch hat sich nunmehr Entzündung und Vereite eingestellt. Ferner bildete sich auf dem linken Jochbogen ein welches auch ulceriert ist. Patientin ist bisher niemals antis behandelt worden. Sie hat 4 gesunde Kinder geboren. Die G besserte sich nur wenig durch Quecksilberpflaster und -salbe, w

röse Beschaffenheit des Tumors zurückzuführen ist; es mufste ein Teil desselben auf blutigem Wege entfernt werden. Das Gumma ilt.

anchester. H. E. Brooke.

(Übersetzt von Dr. Philippi in Felsberg.)

Amerika.

tfernung eines Katheterstückes aus der Blase durch Cysto- nach vergeblichem Aspirationsversuch, von Dr. W. W. Keen, phia. (*Maryland Medical Journal.* Jan. 14. 1888.) Pat., ein ge- Mann von 75 Jahren, litt schon seit längerer Zeit an Urinretention stitis. Er gebrauchte einige Monate lang täglich einen Nélaton- No. 22 (franz.). Eines Tages brach ein $4^1/_2$ Zoll langes Stück ab ngte in die Blase. Sofort nach dem Unfall traten Urinretention und Schmerzen ein und hielten an bis nach der Operation. Am vierten nsten Tage versuchte Dr. Keen den abgebrochenen Katheter durch ng mit Bigelows Evakuator zu entfernen; beim letzten Male e Dr. Willard. Auf die Weise gelang die Entfernung aber nicht, später dadurch erklärte, dafs das Stück quer lag und so lang war, beide Enden fest gegen die Blasenwandungen anklemmten. ch längerer Überlegung, ob sectio alta oder lateralis hier zweck- sei, entschlofs sich K. zu letzterer, da er auf von die von Harri- andern gemachte Beobachtung, dafs die Prostata manchmal nach schnitt schrumpfe, wenn einige Zeit ein Verweilkatheter liegen Hoffnung setzte. Die Operation bot keine Besonderheiten, aufser afs das abgebrochene Stück in der angegebenen, eigentümlichen efunden wurde. Es wurde ein Gummirohr eingelegt und mit Ver- g befestigt; nach sechs Tagen wurde der Pat. mit der Anweisung, r zwei Monate liegen zu lassen, auf sein Gut nach Hause entlassen. ünf Wochen hielt Dr. K. es für ratsam, das Rohr zu entfernen, Reizung des Teils infolge vernachlässigter Reinlichkeit von seiten ienten. Drei Tage nach Entfernung des Rohres urinierte der Pat. die Urethra; seither hat er nie mehr einen Katheter gebraucht, auch nachts nicht aufzustehen, um die Blase zu leeren.

remdkörper in der Urethra und Blase. Entfernung durch apaxie vermittels eines Evakuators mit langer, gerader, mit gen versehener Kanüle, von Dr. De F. Willard, Philadelphia. *Maryland Medical Journal.* Dez. 3. 1887.) Die hier in Betracht nden Fremdkörper sind von aufsen durch die Harnwege eingeführte. nglicher Fremdkörper wird für gewöhnlich wenige Stunden, seltener

zwei oder mehrere Tage gebrauchen, um in die Blase zu gelange
nahmsweise bleiben runde Fremdkörper länger in der Urethra.

Was die Fortbewegung der Fremdkörper oder Instrumente
so scheint dem Verf. die Annahme am natürlichsten, dafs die verei
Muskelfasern der Urethra, wenn sie durch Reize in Wirksamkeit
werden (durch einen Fremdkörper), ebenso wirken, wie es die Mus
Pharynx, Oesophagus, des Darmes u. s. w. thun.

Unglücklicherweise treten aber in diesen Fällen die Patien
häufig dem Arzte mit Täuschungsversuchen gegenüber. Wenn
möglich, sollte kein Versuch zur Entfernung des Fremdkörpers
werden, ehe man Vorkehrungen getroffen hat, um ein Weitergle
selben unmöglich zu machen.

Mehr als 10 % der eingeführten Fremdkörper werden vo
wieder herausgetrieben; läfst aber die vis a tergo des Urins im St
es bei der Heraustreibung eines Steines oder eines von aufsen eing
Gegenstandes, so ist die schonendste und sicherste Weise zur
beförderung die, dafs man an den Evakuator eines Steinzertrümm
langes, gerades, an beiden Seiten offenes Rohr setzt. Ist dies
Urethra eingeführt, so wird die Urethra hinter dem Fremdkörper
dem Finger komprimiert; so wird das Metallrohr vorwärts gescho
vorsichtig Versuche gemacht, den Katheter oder was sonst der
körper in ähnlicher Gröfse ist, zu fangen. Ist das Instrument so
geführt, dafs die Harnröhre in ganzer Länge ausgedehnt wird,
dadurch am ehesten der Fremdkörper frei, wenn nun plötzlich a
wird bei Vorziehen des Penis. Ist der Körper schon in die Blase
so wird der Evakuator erst recht ein wesentliches Hilfsmittel; m
macht sich allerdings die Einführung des geraden Instrumentes sc
ein biegsamer oder spiralig zugerichteter Obturator würde die Ei
sehr erleichtern; die Anwendung des Evakuators ist dann die gleic
schon angegeben. Fremdkörper, deren Gestalt und Gröfses eine A
in das Rohr unmöglich machen, müssen vorher mit dem gefensterte
triptor zertrümmert werden. Manchmal gelingt es, eine lange Ko
durch das Rohr einzuführen.

Mifslingt die Evakuation, so sind sectio alta und Mediansch
sichersten Wege, um in die Blase zu gelangen.

Zwei Fälle von Sklerodaktylie (Raynauds Disease) m
merkungen dazu, von Dr. R. van Santvoord, New-York. (*N
Medical Record.* Jan. 14. 1888.) Der erste Fall ist derart, dafs e
ohne erkannt zu werden vorkommen dürfte, da er so geringe St
für den Patienten im Gefolge hat, dafs die Aufmerksamkeit ga
darauf gelenkt wird. Es handelt sich um einen jungen Mann, der
Auftreten der bezeichneten Affektion zwar stets vollkommen gesun
doch nicht besonders kräftig gewesen war. Er war kein Neurotik
hat in der Kindheit Frostbeulen gehabt. Mit 18 Jahren, als Stude

n abgestorbenen Fingern, besonders wenn er in einem besonders
Zimmer saſs.
ringes Unbehagen verursachte lediglich das Prickeln bei Wieder-
ng der Zirkulation. Als er sich allmählich kräftiger entwickelte,
die Anfälle nicht wieder, und in den letzten 14 Jahren ist er ganz
eben.

zweiten Falle handelte es sich um eine 50jährige Dame; die Anam-
ihrer Familie ergab nur Apoplexie auf mütterlicher Seite. Vor
n hat sie ein bald ablaufendes Puerperalfieber durchgemacht. Seit
n leidet sie an abgestorbenen Fingern. Zuerst wurden vier Finger
ten Hand befallen; jetzt tritt zeitweilig die Affektion an allen
auf; sie leidet auch an kalten Füſsen, und die Zehen sehen ebenso
ch aus wie die Finger. Wenn sie sich in Eis oder kaltem Wasser
n macht, so treten selbst bei warmem Wetter Anfälle auf. Während
lles sind die Finger kalt, taub und ziemlich steif. Die Zirkulation
nell wieder hergestellt, wenn sie die Hände gebraucht oder in
Vasser taucht. Bis vor 6 Monaten verursachte das Leiden lediglich
Unbehagen; damals wurde Dr. VAN S. gerufen wegen einer Onychia
en Ringfinger, die fast geheilt war. Am vierten Finger der rechten
gte sich ein seichter Riſs in der Cuticula am äuſseren Rande des
lie Haut war hier zart und geschwollen; die Fingerspitze war taub
Is, der Nagel blau. Die Schmerzen im Finger waren nicht be-
Nach einigen Tagen entleerten sich einige Tropfen Eiter an der
Nagels. Allmählich schwoll der ganze Finger und wurde schmerz-
zeigte sich aber kein tiefergreifender phlegmonöser Prozeſs. Bald
klar, daſs es sich um eine die ganze Dicke der Haut und das
liegende Gewebe betreffende Nekrose handelte, die sich an der
ne der Finger von der Mitte der ersten Phalanx bis zur Spitze
e. An Fingern und Zehen, auſser an den nekrotischen Partien,
Sensibilität sowohl für das Tastgefühl wie Temperatur normal.
Radialpuls aufgezeichnete sphygmographische Kurve war links
hts gleich. Was diesen Fall besonders interessant macht, ist das
der von RAYNAUD als Mittelglied zwischen lokaler Synkope oder
nd Gangrän bezeichneten lokalen Asphyxie; die Gangrän entwickelte
diesem Falle nach einer ganz leicht entzündlichen Störung. Ebenso
Fehlen der brennenden und reiſsenden Schmerzen, die gewöhnlich
grän vorausgehen, bemerkenswert. Verf. gibt eine Übersicht über
PITRES und VAILLARD und die von WEISS und WIGLLER mitgeteilten
d kommt zu folgenden Schlüssen.

Lokale Synkope und Asphyxie kommen vor als Symptome bei mehr
Erkrankung.

Symmetrische Gangrän ist als Trophoneurose anzusehen; es ist
bis jetzt lediglich als einzige ursächliche Verletzung periphere Neu-
hgewiesen.

3. Die nahe Zusammengehörigkeit zwischen Spasmus der Gefä
symmetrischer Gangrän ist nicht zu leugnen; die beiden Erscheı
müssen eher als Folgen der gleichen Ursache angesehen werden,
Ursache und Wirkung.

Vergiftung durch Acidum boracicum, von Dr. C. E. Spen
Paul. Minn. (*North Western Lancet.* Jan. 15. 1888.) Nach oberflä
Durchsicht der Litteratur hat Dr. S. keinen, in den letzten zwei
wenigstens mitgeteilten, Fall von Vergiftung finden können. Zw
sind früher mitgeteilt; beide Male ist aber nicht sicher nachzuweise
wirklich die 5% Lösung von Acidum boracicum die Todesursache
ist. In einem der Fälle handelte es sich um die Ausspülung eines
Lumbarabscesses, im andren Falle um Irrigation der Pleurahöh
Symptome waren Übligkeit, Erbrechen, Singultus, Temperaturste
Entzündung der Fauces und Bronchits, schneller und weicher Puls
deutlich ausgesprochenes papulöses Erythem. Der Tod trat du
schöpfung ein.

Der folgende Ausgang eines Falles zeigt Dr. S.s. persönliche Ei
darüber, ob das Acid. borac. toxisch wirkt.

Bei einer syphilitischen Frau war ein Teil der Tibia und Fib
fast der ganze Astragalus mit dem scharfen Löffel wegen Nekr
Caries entfernt worden; ebenso waren die sinuösen Partien in den
teilen ausgekratzt worden. Die Wunde wurde mit schwacher S
lösung ausgewaschen und dann mit grobkristallisierter Borsäure
streut; es wurde etwas mehr als ½ Unze gebraucht. Beim Verband
zeigte sich die — vorher sehr unreine — Wunde durchaus geruch
Borpulver war noch zum gröfsten Teile ungelöst in der Wundhöh
Wunde wurde aus- und damit das Borpulver herausgespült und
band, wieder für eine Woche berechnet, angelegt. Während dieser
Tage war ihre Gesundheit, Appetit und Allgemeinbefinden ungestö
dieser Zeit verlor sie aber allmählich den Appetit, bald stellten sic
keiten und Erbrechen ein, die aufserordentlich schnell zunahmen; a
lichen Antiemetica wurden ohne Erfolg angewandt. An weitere
tomen trat besonders grofse Ruhelosigkeit, Schlaflosigkeit, Singult
magerung und ausgesprochene Herzschwäche hervor. Obwohl der
schwach, war doch keine kompensatorische Pulsbeschleunigung vo
Weiter bestand heftige Coryza, injizierte Konjunktiven, Entzünd
Fauces und des Pharynx, Bronchitis. Ihre Zunge war rot,
und rissig.

Es war ein deutlich ausgesprochenes papulöses Erythem vo
die Papeln standen dicht zusammen, im Gesicht, an Hals, Armen
oberen Teil des Rumpfes.

Die Symptome steigerten sich allmählich, und der Zustand wu
Tag zu Tag schlechter; sie wurde sehr schwach, obwohl sie r
Nahrungszufuhr durchs Rektum erhielt. Nun wurde der Verb

nd die Symptome schwanden allmählich. Nach zehn Tagen ging
ler so gut wie vorher.

tigo contagiosa, von Dr. George Thomas Jackson. (*The New-
ical. Journal.* Nov. 19. 1887.) Der Ausdruck „Impetigo" setzt
ulösen Ausschlag voraus; der Ausdruck Impetigo contagiosa ist
erechtigt, als es sich bei dieser Affektion schliefslich auch um
löse Erkrankung handelt; aber zu Beginn ist nur eine Vesikel
, deren Inhalt bald eiterig wird. Der Charakter der Erkrankung
n vesiko-pustulöser; die einzelnen Stellen wachsen langsam an
g und nehmen manchmal eigentümliche Gestalten an. Sie sind
zend mit Flüssigkeit erfüllt, sondern fluktuieren und ähneln auf
n Verbrennungen zweiten Grades. Läfst man die Vesiko-Pusteln
lle Veränderungen durchmachen, so verwandeln sie sich allmählich
lbe Krusten, die oberflächlich auf der Haut liegen, die an den
elöst sind.

n dieser typischen Form kommen auch seltenere Fälle vor, in
neben der vesiko-pustulösen eine bullöse Form entwickelt; auch
nicht strotzend gefüllt, sondern zeigen eine Delle in der Mitte;
ien entweder durch Zusammenfliefsen von zwei Versiko-Pusteln
Eröffnung einer solchen; selten kommen die Bullae allein vor,
findet sich auf den angrenzenden Teilen oder an irgend einer
elle des Körpers die vesiko-pustulöse Form. Diese bullöse Form
enheit zur Verwechslung mit Pemphigus.

Krankheit kommt verhältnismäfsig selten vor. Die Statistik der
mat. Assoc. von 1886 weist nur 91 Fälle auf 14984 Erkrankungen
rend der letzten zwei Jahre hat Dr. J. 16 Fälle unter 2200
Pat. angetroffen. Vorher oder gleichzeitig mit dem Ausbruch
heit kommt leichtes Fieber oder allgemeines Unbehagen zur Be-
; unter den Bemerkungen zu den einzelnen der 16 Fälle finden sich
erartige Störungen nicht erwähnt. Wie der Name zeigt, ist die
äufserst kontagiös, und Epidemien gehören nicht zu den Selten-
an kann sowohl auf das erkrankte, wie auf andre Individuen
en. Der eigentliche Träger der Kontagiosität ist noch nicht mit
eit gefunden, obwohl verschiedene Forscher mehrere Parasiten
r der Krankheit bezeichnen. Die Krankheit tritt häufiger in den
onaten auf als in den kalten; Kinder stellen das gröfste Kon-
r Erkrankten; die Krankheitsdauer zieht sich selten über einige
in.

er Diagnose ist die Hauptsache, dafs man sich vor Verwechslung
higus hütet, aus den oben bei Besprechung der bullösen Form
n Gründen; die Differentialdiagnose ist nicht immer leicht. Das
en der bullösen Form der Impetigo contagiosa ist so selten, dafs
Verwechslung derselben mit Pemphigus sich nicht wundern kann.
te nur 4 Fälle der bullösen Form zu beobachten Gelegenheit;

drei derselben kommen auf das Nursery and Child Hospit
fallenen waren Kinder. Besonders der obere Teil der Brust und
waren befallen. Den Herd der Ansteckung bildete ein vierte
deutlich ausgesprochene Impetigo contagiosa hatte.

Der vierte Fall kam in Roosewich Hospital vor; am
Kindes waren etwa ein halbes Dutzend Bullae. Die Diag
Schwierigkeiten gemacht haben, wenn sich nicht bei einem ält
und bei einer Schwester deutliche Symptome von Impetigo co
gestellt hätten.

Hydrocele, von Dr. Edm. E. King. (*The Canadian*
Jan. 1888.) Zur Erregung einer adhäsiven Entzündung in
vaginalis nach Entleerung der Hydrocelenflüssigkeit durch As
währte sind King als wirksamstes und schmerzlosestes Mittel
von Glycerin und Karbolsäure zu gleichen Teilen, in Dosen
je nach der Menge der abgelassenen Flüssigkeit. Recidive
übrigens in zweien der drei mitgeteilten Fällen, die eine Wiede
Verfahrens nötig machten, zwei Wochen nach dem ersten
In einem Falle zeigte sich am folgenden Tage eine starke Ver
Urins, der auch nach Karbolsäure roch; die Intoxikation hielt 3-

Bericht über einen Fall von Prostatakarzinom, von
Belfield. (*The medical Journal and Examiner.*) Hans J., 48 J
ins Hospital aufgenommen wegen häufigen und schmerzhaften
dies Leiden hatte sich seit 3—4 Monaten eingestellt; zweimal v
Urin beobachtet worden. Die Rektaluntersuchung zeigte, dafs
symmetrisch leicht vergrößsert sei. Die Diagnose wurde auf
Prostata gestellt, entweder ein Papillom, oder ein maligner
letztere schien das wahrscheinlichere, wegen der geringen und
tretenden Hämaturie. Am 7. Mai wurde von der Blase, die du
alta eröffnet wurde, eine Exploration vorgenommen: es zeigte s
lignes, zottiges Gewächs, das vom linken Prostatalappen ausging
ragten über einen halben Zoll und länger in die Blase hinein.
mit dem scharfen Löffel entfernt und die Basis ka utherisiert.
ging ohne Zwischenfall vor sich, und acht Wochen lang war d
leerung fast ganz normal. Dann stellten sich wieder die früheren
ein und nahmen sofort einen schwereren Charakter an; der Tu
die Blase und brach durch Fistelbildung am Abdomen nach au
Monate nach der Operation starb der Patient. Nur die in näc
der Blase gelegenen Drüsen zeigten sich karzinomatös erkrankt.
in andern Organen fanden sich nicht.

New York. Tilden Br

(Übersetzt von Dr. von Düring in Hamburg.)

rnal of cutaneous and genito-urinary diseases. Vol. VI. 1888. März.
ginalarbeiten:

berkulöses Syphilid des Ohres — serpiginös werdend mit Ulce-
nd Sequestration des Ohrmuschelknorpels, Tragus und Gehörganges
gt von membranöser Atresie — Taubheit — Operation — Heilung,
ERT BARCLEY.

philitischer Wahnsinn, von D. F. KINNIER. Der mitgeteilte Fall
ne 35jährige Frau, welche — vordem ganz gesund — von ihrem
yphilitisch infiziert wurde. Nach einigen Fehlgeburten gab sie zwei
das Leben, welche jedoch bereits in den ersten Monaten unter
n Erscheinungen kongenitaler Syphilis starben. Einige Wochen
letzten Entbindung zeigten sich die ersten Anfänge geistiger
in Form von Melancholie mit periodischer Aufregung. Aufser den
Munderscheinungen fand sich Anschwellung der Cervikal- und
üsen, sowie ein typischer Blasenausschlag auf dem Körper. Nach
ener Ruptur dieser Blasen trockneten dieselben zu gelblich grünen
ein, unter welchen Ulcerationen mit aufgeworfenen Rändern sichtbar
Die mentalen Symptome bestanden in Gesichts- und Gehörshallu-
n, abschweifender und abgebrochener Sprache, Zeichen von Ver-
vahn und Einbildungen deprimierender Art. Zeitweilig stellten
oder geistiger Aufregung mit motorischer Unruhe ein, welche in
iöses Stadium übergingen, und, langsam nachlassend, von mäfsig
melancholischen Anfällen gefolgt wurden. Verschiedene epileptische
glaubte Verf. auf das Übergreifen der Krankheit auf das Gehirn
hren zu sollen. Die eingeleitete Behandlung, bestehend in der
bung von Quecksilber — sowohl per os als hypodermatisch, wie
Einreibungen — und Jodkali blieb erfolglos, und die Pat. starb
gem Krankenlager.
e sich anschliefsenden Bemerkungen des Verfassers über die im
tattfindenden Veränderungen infolge der syphilitischen Erkrankung,
ber die therapeutischen Mafsnahmen enthalten nichts eigentlich

er die klinische Diagnose des Lupus erythematosus der und Füfse, von HERMANN G. KLOTZ. Der Schlufs des bereits im Heft besprochenen Aufsatzes.

nschriebene (erworbene) Hypertrichosis in der Lumbargegend. eines Falles, von A. H. OHMANN-DUMESNIL (St. Louis). — Verf. ien selbst beobachteten Fall dieser abnormen Haarentwickelung lcher namentlich wegen der eigentümlichen Lokalisation von nicht n Interesse ist.
er 30jährige Patient zeichnete sich durch üppigen Haarwuchs aus. em sechszehnten Jahre stürzte er als Matrose eines Schiffes aus der e auf das Verdeck, ohne jedoch ernstlich Schaden zu leiden. Einige

Tage der Ruhe genügten vollständig, um ihn wieder dienstfähig z
Nicht lange darauf bemerkte er in der Lumbargegend, etwas ob
Analfurche, eine etwa 2 : 3½ Zoll messende Stelle, welche von
nufsbraunen und weichen Haaren besetzt war. Die einzelnen H
fein und ebenso dicht gestellt wie auf dem Kopfe. Die gröfste L
selben betrug 8 Zoll. Dieser behaarte Fleck zeigte eine etwas ova
indem der längste Durchmesser horizontal zum Stamme gelegen
rend er sich auf beiden Seiten von der Mittellinie des Körpers g
ausdehnte. Der Patient hat nichts weiter dagegen gethan, als
mittels der Schere abgeschnitten, sobald sie ihm durch die gr
unbequem wurden. Er kann nicht genau bestimmen, welches d
erreichte Länge der Haare gewesen ist, versicherte jedoch, daf
Länge von 3 Fufs konstatiert hätte, nachdem er sie längere Zeit
geschnitten hatte, um zu sehen, wie lang sie werden würden.

Eine derartige Haarentwickelung in der Lumbargegend oh
gegangene äufsere Applikationen ist etwas durchaus Ungewöhnlich
dieser Hinsicht erklärte Patient auf das bestimmteste, dafs a
treffenden Stelle absolut nichts angewendet worden sei, was die
chosis veranlafst haben könnte. Eine Verletzung der Nerven
Ansicht des Verfassers als Ursache ebensowenig in Frage komme
Haare gewifs wieder verschwunden sein würden, sobald die Ne
geheilt war — wie dies Verf. in einem andren Falle beobachtet
Nerven sind aber im vorliegenden Falle, ebenso wie das Gehirn un
mark, vollständig normal, und die Haare waren überdies zur Zeit
suchung seitens des Verfassers bereits ca. 22 Jahre vorhanden.
niger ungewöhnlich wie die Stelle dieser Behaarung war die au
liche Länge der Haare. Bezüglich der Pathogenese der Hyp
unterscheidet man in der Regel drei verschiedene Entstehung
Heredität, neurotische Einflüsse und Hautreizung. Während die
diesem Falle unbedingt auszuschliefsen war, liefs sich die Möglich
Rückenmarksstörung infolge des Sturzes als Ursache der Haaren
nicht ohne weiteres zurückweisen, jedoch hätte auch in diesem
Verschwinden der Haare erwartet werden müssen, sobald jene St
geglichen war. Da auch eine Hautreizung nicht nachzuweise
konnte in diesem Falle, wie in so vielen andern, die eigentlich
nicht festgestellt werden.

In der 178. Sitzung der New Yorker dermatologis
sellschaft wurde zunächst von Dr. Cutler ein Fall zur
vorgestellt, in welchem seit 14 Jahren infiltrierte erhabene u
umschriebene Flecke auf beiden Schenkeln, sowie einzelne Papeln
waren, und welcher von der Mehrzahl der Mitglieder für **Lichen**
halten wurde.

Einen Fall von Ausschlag bei einem Neger zeigte Dr. Cutle

ete denselben als **Ekzema erythematosum** und erwähnte, dafs
rbe des Negers die gewöhnlichen Erscheinungen dieser Haut-
verhinderte; jedoch spreche das klinische Verhalten, die Beschrän-
r Eruption auf Hände, Gesicht und Hals, das Jucken daselbst und
Pruritus an den Genitalien für diese Diagnose.

. Morrow stellte für Dr. Fox einen Fall von **miliarer papulöser**
s vor, welche an den Armen und andern Stellen des Körpers
sgesprochene Ähnlichkeit mit Psoriasis zeigte. Die exzessive Ab-
ng der Läsionen führte Taylor auf das lange Bestehen des Aus-
zurück.

. Elliot demonstrierte für Dr. Bronson einen Fall von **Ausschlag**
Händen und Fingern. Der 40jährige Patient hatte einen vesiko-
en Ausschlag an den Händen, während einige der Läsionen an den
vorkamen und das Aussehen eines gewöhnlichen „run-around"
Überdies waren noch an jeder Hand etwa 5—6 Bläschen oder
-Pusteln auf den Fingern und Hohlhänden verstreut. Diese Erup-
mit erheblichen, klopfenden Schmerzen verbunden und bestand
drei Wochen. Sowohl Morrow als namentlich Klotz waren
den Ausschlag als Folge einer lokalen, septischen Infektion zu
en, indem letzteres Mitglied noch besonders auf die kleinen Wunden
Nägeln als mögliche Eintrittsstelle des betreffenden Giftes hinwies.
hat derartige Bläschen und Pusteln durch Berührung verschiedener
Stoffe an Händen und Fingern entstehen sehen und zwar beson-
ch Beschäftigung mit Gegenständen, welche mit Arsenikfarben
ind. Sherwell hat dasselbe beobachtet, ebenso Allen. Auch
erwirft jede andre Diagnose, als lokale septische Dermatitis, und
dafs er derartige Fälle fast täglich unter die Hände bekomme, und
e Erkrankung stets durch einfache antiseptische Behandlung über-
schnell beseitigt würde. Auf einen Einwurf Bronsons betonte
noch besonders, dafs natürlich bei dem Mangel jeder Allgemein-
ung keine Rede von einer Septikämie sein könne, dafs er vielmehr
einer lokalen Sepsis gesprochen habe.

nen Fall von **Psoriasis** stellte Dr. Sherwell vor. Der Ausschlag
n 6¼jähriges Kind und fand sich am Kopf, Hals und besonders
den Beinen. Chrysarobinsalbe und Acid. salicyl. erzielten sehr
Resultate. Hinsichtlich der Seltenheit dieser Krankheit in so
Alter erwähnt Taylor einen gleichen Fall im Alter von drei
und Elliot sogar einen weiteren, in dem sich die Psoriasis schon
zehnten Monat nach der Geburt entwickelte.

. Allen hielt hierauf einen Vortrag über die Geschichte und
e Beschreibung eines Falles von **Pemphigus acutus** seu **febrilis,**
im nächsten Hefte zum Abdruck kommen soll.

Den Schluſs machten einige nachträgliche Mitteilungen
früher vorgestellter Fälle. So bemerkte Dr. Bronson hinsicht
der letzten Sitzung demonstrierten Falles von Eruption an der
das Resultat der Behandlung für die Diagnose **Lupus eryt**
spreche, insofern die gemischte Behandlung und Ungt. hydrarg
ohne Erfolg geblieben, dagegen durch Anwendung reiner Karb
der einen Seite und von Skarifikationen auf der andren sofort
sprochene Besserung erzielt worden sei.

Dr. Elliot erklärte, daſs er Stücke vom Rande der U
auf der behaarten Kopfhaut — in der letzten Sitzung vor
vorgestellt — mikroskopisch untersucht und die Läsion als e
nachgewiesen habe.

Dr. Allen teilt bezüglich des früher vorgestellten Falle
schwulst um die Urethra, welche von den meisten Mitglieder
periurethralen Abscefs gehalten wurde, mit, daſs es sich woh
um ein Gumma gehandelt habe, da dasselbe durch spezifische
völlig beseitigt worden sei, während sich später ein Gumma an
Patienten entwickelt habe.

Leipzig. Th. A. Ki

Verſchiedenes.

V. Angagneur, **Unzulänglichkeit der Sittenpolizei.** (*Pr*
1888. No. 1.) Der energische Redakteur der *Province médica*
der Hand dreier Beispiele, wie unzulänglich die Überwachung d
tion in Lyon in den sich immer mehr verringernden Bordelle
Wein- und Bierschänken mit ihren weiblichen Bedienungen, di
teuses" fungieren und im Nebenzimmer sich rasch horizontal au
pflegen à tout venant, sind die günstigsten Verbreitungsstätte
schlechtskrankheiten. Und hier heuchelt die Polizei eine rü
kenntnis, während sie die Bordelle streng überwacht und
Änderung des Menschenmaterials darin sofort benachrichtigt w
Die Reise eines jungen mit ihrer Vagina recht freigebigen Mä
Lyon nach Algier in Begleitung ihrer „Eigentümerin, einer
Menschenfleisch", die 3 Frauen nach einem dortigen Bordell
wird klassisch geschildert. Die Rückreise dauerte 3 Wochen
gröſseren Städten, Marseille, Toulon, Nimes, Avignon, Valence, Mon
Aufenthalt nicht erst im Hôtel, sondern in je einem Bordelle,
eine Art Kartellvertrag abgeschlossen zu sein scheint. Allabend
pagner oder Schnaps je nach dem Reichtum der Gastgeberin.
hätte sich unsre schöne Syphilitische so gut amüsiert." Seit ihre
verkehrt sie ganze Tage bei ihrer Reisegefährtin, einer Besit

als horizontaler Gast. Seit 5 Jahren ist sie Stammgast des Bor-
d. h. empfangender — und nie von der Polizei beunruhigt oder
ert worden. Sie streut mit reichen Händen — um nicht andre
zu erwähnen — ihre Lues aus, in allen Städten, die sie bereist etc. —
r das geltende Reglement, aber Gegner derer, die es anwenden.
zei wird schlecht und malhonnet gehandhabt. Die Häuser heim-
Prostitution dulden und ein einzelnes Mädchen verfolgen, ist
einischer Nonsens, ein juridisches Unrecht. Die, welche die Polizei
, sie schlösse die Augen, wo es sich um Reiche handelt, haben bei
en leichtes Spiel. A. folgert daraus, dafs von der Sittenpolizei
hoffen ist, deren Personal wenig vertrauenswert ist und sein wird.
mufs die Prostitution oder die venerischen Krankheiten angegriffen
Die Überwachung der Bordelle mag weniger dem Gutachten der
überlassen bleiben. Aufserhalb der öffentlichen Häuser wird die
r Polizei weniger Überwachung als Unterdrückung sein. Die Gesetz-
iber den Debit der Getränke — doppelte Herde, des Alkoholismus
Syphilis — mufs, wie alle Hygieiniker wollen, revidiert werden.
müssen die für Venerische bestimmten Hospitäler vermehrt werden.
ystem der indirekten Prostitution kann einzig Resultate geben.
ünchen. PAULY.

Aus der Praxis.

Korrespondenz. Kasuistik.

2. **Mechanische Behandlung der Pityriasis versicolor.** Briefliche
g von Herrn Prof. N. MANSSUROW in Moskau. Dieses Leiden,
die oberen Schichten der Epidermis affiziert, wird schon durch
ngen mit Seife teilweise beseitigt; bis jetzt aber werden jedesmal
ica angewandt, da man immer die Absicht hatte, pflanzliche Para-
icrosp. furfur) zu töten.

Pityriasis versicolor, welche in Moskau sehr oft vorkommt, kann
f rein mechanischem Wege kuriert werden. Vor 2 Jahren be-
ich einem Kranken, bei welchem die Haut des Rumpfes durch
s versicolor vollkommen bedeckt war. Wegen Pleurodynie liefs ich
nen Bogen chartae picis (von STERRY in London) aufkleben;
er nach 6 Tagen das Papier abnahm, wurde diese Stelle ganz rein,
t normal gefunden. Die benachbarten Stellen waren wie früher
h und mit Flecken bedeckt. Das Experiment wurde darauf mehrere
iederholt auf der Klinik für Hautkrankheiten und jedesmal mit
m Erfolg. Auf dem Papier sah man die sämtliche Oberhaut mit
urchen aufgeklebt (die untere Fläche), da es von der neuen Epi-
sehr trennbar wurde.

Diese Thatsache beweist nun dafs 1. das Pilzmycel sich
oberen Schichten der Epidermis entwickelt und fortpflanzt;
der Parasit ein aërober sein mufs, weil er bei solchen Umst
tiefer greift, sondern, in das Pech eingebettet, zur weiteren E
unfähig wurde.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur

Bouveret. *Observation de Cécité totale par lésion costicale ra
de la face interne des deux lobes occipitaux.* (Lyon médical
— *Les bains froids et l'Antipyrin à hautes doses dans la fè
(Société des sciences médicales. 1887. Nov. 30.)

Chiappa. *Fistola stercoracea simulante un abcesso della gla
vaginale.* (Lo Sperimentale. Nov. 1887.)

Breda. *Eritema nodoso diffuso alla cute alla Cocca.* (Risist
Scienze Mediche. 1887.)
— *Sui peli moniliformi.* (Ebenda.)

Pontoppidan. *Nyere Injektionsbehandlinger mod Syfilis.* (Hospit
1887.)

Hoyer. *Über Infektion der Milzgefäfse.* (Internationale Mona
Anat. u. Physiol. 1887. Bd. IV. No. 9.)

Binz. *Doctor Johann Weyer, der erste Bekämpfer des Hexenw
1885. Adolf Marcus.)

Hiller. *Untersuchungen über die Brauchbarkeit porös-wasserdic
Kleiderstoffe für die Militärbekleidung.* (Deutsche militärär
schrift. 1888.)

Voigt. *Die Technik der Impfung.* (Börners Reichs-Medizin
1888.)

van Hanare Noman. *Afdeeling vor Huidziekten en Syphilis.* (J
1886 des Krankenhauses Amsterdam.)

Joseph, *Zur Ätiologie u. Symptomatik der Alopecia areata*
(Berl. klin. Wochenschr. 1888. No. 5.)

Scarenzio. *Casi importanti di dieresi elastica.* (Annali unive
dicina. Vol. 279. Anno 1887.)
— *Due casi di Glossite gommosa sifilitica.* (Ebenda.)
— *La iritide sifilitica.* (Giornale ital. delle Malattie veneree e
Fasc. IV. Juli—Aug. 1887.)

Chassiotis. *Ἱστολογία φυσιολογικὴ τοῦ ἀνθρώπου καὶ τῶν ζωῶν.*
Mikroskopische Technik. Athen 1888.

Ohmann-Dumesnil. *Hypertrichosis, due to general Disease of
System.* (The Alienist and Neurologist. St. Louis. Okt. 1887.

George Thin. *Pathology and Treatment of Ringworm.* Lond
u. A. Churchill.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter**

...tshefte für Praktische Dermatologie.

...II. No. 11. 1. Juni 1888.

Recidivierender Herpes zoster femoralis.

Von

Dr. E. von Düring,
prakt Arzt in Hamburg.

...Zahl der bis jetzt mitgeteilten Beobachtungen von ...endem Herpes zoster ist noch nicht grofs, so dafs ein ... durch seine klare Ätiologie, die lange Beobachtungs- ...d den seltenen Sitz der Erkrankung ausgezeichnet ist, ... Mitteilung wert sein dürfte.

...er dem von Kaposi (*Wiener med. Wochenschrift.* 1874. ...) mitgeteilten interessanten Falle — 5 Recidive im Gebiete ...co-brachialis dexter, dann am gleichen Individuum ein ...mbo-sacro-cruralis dexter und ein 7., 8. und 9. Aus- ... linksseitiger Zoster cervico-brachialis—, Tillbury Fox ...*nedical Journal.* 1870. 6. August) und Jewel (*Trans- ...f the American Neurological Association.* New York ...t uns an neueren Beobachtungen nur der Fall von ... bekannt, den derselbe in der Sitzung der Berliner ...sellschaft am 26. Januar 1887 vorstellte: es handelte ... um doppelseitigen recidivierenden Herpes zoster faciei. ...ser in dem Falle von Jewel, in dem die „Herpeserup- ...ach Heilung eines schweren Uterusleidens ausblieben", ... Ätiologie wohl selten so klar, wie im vorliegenden

...ent, ein sonst gesunder Mann von damals 23 Jahren — ...te im Jahre 1881 eine sehr schwere septische Phlegmone ...en Oberschenkels, die sich auf das Abdomen bis zur

Höhe des Nabels und nach unten fast im ganzen Um
wiegend aber im lateralen, vorderen und medialen
Oberschenkels bis gegen das Knie hin ausdehnte; zur
des Eiters waren ausgiebige Inzisionen nötig — und
Inzision auf dem Abdomen parallel dem ligam. Pou
fast in der ganzen Länge desselben; eine Inzision i
guinalfalte, die sich vollständig um die mediale Seite
schenkels bis nach hinten herumzieht, und fast senk
in Form eines T-Schnittes ein ca. 10 cm langer S
die fossa ovalis; hieran anschliefsend 4 ausgiebige
entsprechend dem Verlaufe der grofsen Gefäfse am Ob
Der Verlauf wurde durch ein schweres Erysipel komp
schliefslich traten noch ausgedehnte, aber nicht tiefgel
cedierungen in der Schamgegend und auf dem dorsum

Nach der Heilung blieb in der linken Leisteng
ein Drüsenpaket, vergröfsert, aber hart fühlbar. B
folgenden Attacken, die ich gleich erwähnen werde
auch diese an und wurden schmerzhaft; häufig ab
Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Drüsen vor
Anfall ein.

Drei Monate nach der Genesung erkrankte P
Schüttelfrost und hohem Fieber; aufser der Drüsen
zeigte sich im vorderen und seitlichen Umfange des Ob
eine diffuse Rötung, scharf abgegrenzt, mit Schwellung
die als Erysipel anzusprechen war; dasselbe lief seh
2—3 Tagen, ab. In kurzen Abständen folgten nun, a
mit Lymphangitiden der Perinealgegend, immer neue
von stets abnehmender Intensität; im ganzen wurden
„Erysipele“ beobachtet, von denen aber eigentlich nu
mit wirklich schweren Lokal- und Allgemeinerschein
herging, so dafs die letzten Recidive als Pseudo-Er
zeichnet werden konnten. —

Von da ab, im Mai 1882, änderte sich die Form
dive vollständig.

Bei mehrtägigem Unwohlsein bestand eine deutli
thesia dolorosa der Haut des Oberschenkels, entspre
Ausbreitungsgebiete der Nervi ileo-hypogastricus, geni

ıtaneo-femoris — also dreier Nerven, die im Gebiete der
ıwa Jahresfrist erkrankt gewesenen Teile die Haut ver-
Diese Anaesthesia dolorosa war so lästig, dafs das Reiben
lleidungsstücke ganz unleidlich und nur dann zu ertragen
wenn eine Binde ganz fest um den Oberschenkel gelegt
Bei den ersten Anfällen wurde allerdings Bettruhe be-
et und feucht-warme Karbolumschläge gemacht — später
er Verlauf ohne weitere Therapie aber der gleiche. Am
ı oder dritten Tage bildete sich dann oberhalb und lateral
rochanter eine schmerzhafte Anschwellung der Haut, aus
ch bald eine typische Herpeseruption entwickelte; die
en konfluierten und trockneten dann — unter einfach
ender" Therapie — ab und hinterliefsen einen pigmen-
Fleck, der bald verschwand.
erartig ist nun der Verlauf seit dem Jahre 1882 geblieben
t heute noch so. Nur nahm allmählich die Anaesthesia
a der Haut ab und ist jetzt fast ganz verschwunden.
t fühlt stets einige Tage vorher leichtes Unwohlsein, Un-
n, hat Temperatursteigerungen, die, genau der Ausdehnung
genden Eruption entsprechend, zwischen 38 ° bis höchstens
selten so hoch) schwanken, bis der Herpes ordentlich zum
ıch gekommen ist.
ie Ausbreitung des Herpes entspricht ganz genau dem
e des Nervus cutaneus femoris anterior externus und
ıkt in der Gröfse sehr beträchtlich. Hin und wieder war
ruption bei stärkerer Beeinträchtigung des Allgemein-
ens so grofs, dafs sie mit der umgebenden Infiltration eine
von mehr als Handtellergröfse einnahm.
ie Anfälle halten im allgemeinen einen sechswöchentlichen
ein, und stets wurde ein langsames Vorschreiten der
kten Stelle gegen die Mitte der lateralen Seite des Ober-
kels beobachtet, so dafs jetzt die Eruptionen in etwa 8 cm
und 2 cm Breite 3—4 Querfinger breit unterhalb des
anters auftreten. Ganz regelmäfsig ist der Typus aber
Der Gebrauch von Seebädern hat stets — die Bäder
n aber nicht des Herpes wegen genommen — eine längere
bis zum nächsten Recidiv bewirkt, worauf dann wieder

der frühere etwa sechswöchentliche Typus eingehalte
Ebenso hat ein im Jahre 1885 überstandener schwere
abdominalis ein mehrmonatliches Freibleiben von Recid
Folge gehabt. In den letzten Jahren tritt „vikariierend"
wieder ein Herpes praeputialis auf, und es ist dann
Pause zwischen den Recidiven am Nervus cutaneus
anterior externus gröfser, so dafs man den Ausdruck „vika
mit vollem Recht gebrauchen kann.

Die letzten Anfälle zeigen einen unregelmäfsigere
so trat ein Recidiv im September auf, dann eins im I
dann im Februar und fast unmittelbar im Anschlufs d
an ungewohnter Stelle, fast auf dem Trochanter. Natü
allmählich die pigmentierten Narben nicht mehr versc
man könnte fast sagen — „aus Mangel an Zeit." —

Wir haben es hier also mit einer in mehrfacher
interessanten Trophoneurose zu thun, interessant durc
sächliche Moment, den ganzen Verlauf und die typis
divierung.

Denn dafs die Ursache des ganzen Prozesses in der
lichen septischen Infektion zu suchen ist, darüber k
wohl kein Zweifel bestehen.

Die Frage, wie die jedesmalige Infektion beim N
zustande kommt, ist schwerer zu entscheiden. Wir m
nehmen, dafs der ursprüngliche septische Prozefs sic
Bahn der affizierten Nerven bis zum zugehörigen (2.—
vertebralganglion fortgesetzt hat; ob nun am Ganglio
ein Reizzustand besteht, durch ein Depot von Ent
erregern, der sich in den Recidiven äufsert, oder ob
erwähnten Inguinaldrüsen, die häufig vor Auftreten d
anschwellen, eine Reïnfektion stattfindet — darüber
Vermutungen möglich. Wahrscheinlicher kommt uns
Gründen das letztere vor. Einmal sind, nach den hist
Befunden bei Herpes zoster die Nerven- (Ganglien-)
plötzliche, transitorische —, es tritt eine vollständige
ad integrum ein; und der zweite Grund folgt aus de
es würden jedenfalls ganz bedeutende dauernde nervöse
im Gebiete der aus dem 2. und 3. Lumbalnerven entsp

nachzuweisen sein, wenn dauernd ein Reizzustand des
on bestände.
ach unsrer Ansicht sind auch schon die ersten Erysipele
'seudo-Erysipele (genauer genommen als auf infektiöser
ntstandene Trophoneurosen aufzufassen. —
hliefslich wollen wir noch auf einen Punkt hinweisen,
esen Fall bemerkenswert macht. Wir meinen das vika-
le Auftreten von Herpes zoster mit Herpes praeputialis;
heint doch dafür zu sprechen, dafs diese beiden Affektionen
ch durchaus identische sind — während bis jetzt der
praeputialis in allen Lehrbüchern eine gewisse Sonder-
g zugewiesen erhält; wir stellen uns damit auf Seite derer,
e z. B. UNNA, den Herpes praeputialis als einen abortiven
zoster ansehen. (s. UNNA. On herpes progenitalis of
. *Journal of cutaneous diseases.*) Wir werden nicht ver-
die Mitteilung fortzusetzen, wenn der Fall noch etwa
ge Überraschungen bieten sollte, wie der obenerwähnte
on KAPOSI.

Zur Lehre vom Lichen ruber.

Von

Dr. S. RÓNA,
ordinierender Primararzt in Budapest.

(Fortsetzung.)

SCHWIMMER [54. 85] beschreibt den Lichen ruber folgender-
n: „die Primäreffloreszenzen sind hirse- bis hanfkorn-
e, im Anfange schuppenlose, später mit kleinen,
en Schüppchen bedeckte, anfangs zerstreut stehende,
kürzerer Dauer dichter aneinander gereihte Knötchen.
Krankheit ist nicht unbedingt tödlich."
SCHWIMMER erwähnt auch (als erster aus der Wiener
e) den Lichen planus WILSON, welcher sich von dem
n ruber — trotzdem sich beide in vielem gleichen — dadurch

unterscheiden soll, dafs WILSON auch eine zirkumskr
annimmt.

Wir sehen, dafs SCHWIMMER und NEUMANN, die
ersten Fälle HEBRAS teilweise mit beobachtet haben,
den WILSONschen Primäreffloreszenzen, sondern auch de
planus im ganzen nahe kommen, und dafs NEUMANN
SCHWIMMER aber geradezu im ganzen die Schuppenlos
Knötchen in ihren ersten Stadien hervorhebt.

Im Sinne WILSONS behandelt TILBURY FOX [7
Lichen ruber. Er sagt: Lichen planus kommt in zwe
vor, in einer beschränkten und in einer universellen. I
entspreche dem Lichen planus WILSONS, die zweite de
ruber HEBRAS. Die zweite (HEBRAsche allgemeine) Fo
England selten.

Von einem Knötchenunterschied beider Formen
bei ihm nichts.

Merkwürdig und die Weiterverfolgung der Lich
Lehre etwas erschwerend ist die Thatsache, dafs derselbe
der die Primäreffloreszenzen des Lichen ruber fast so
wie WILSON, im Jahre 1873 eine neue nach seiner An
nie beschriebene, aber von HEBRA als zu Lichen ruber
bezeichnete Hautkrankheit [15] skizziert und unter de
Herpes chronicus eine neue Diagnose aufstellt; im Ja
ändert er die Benennung in Dermatitis herpetiformi
scripta ab.

Welcher Dermatologe von heute wird in dieser Bes
nicht den Lichen planus erkennen? Wer je 15—16
Lichen planus gesehen und nebstbei die Litteratur d
planus mit kritischem Auge durchmustert hat, kommt
die Lage diese merkwürdigen Formationen als dem Lich
angehörend zu erkennen.

Später wird sich ja aus der anzuführenden Littera
zeigen, dafs diese in den Initialstadien schlecht beobac
daher auch dürftig beschriebene Krankheit mit einz
staltungen des Lichen planus ganz und gar identisch is

Wir wollen keine Beweise zur Bestärkung der
beider Krankheiten anführen, sondern direkt betonen,

itis im Jahre 1880 durch NEUMANN selbst mit Lichen identifiziert wird. Auch die obigen historischen achen haben wir nur deshalb hervorgehoben, um gen, wie wenig der Lichen planus selbst in den Jahren der Wiener Schule bekannt war.

ne Klärung erfährt die Lehre des Lichen ruber im 1874 durch HEBRA selbst. In der zweiten Auflage seines ches lesen wir bei ihm nach Wiedergabe der ersten Beung von 1862: „Seither haben sich allerdings unsre Ereren über die Symptomatologie des Übels wesentlich erweitert n Erfolg der gegen dasselbe angewendeten Behandlung in nstiger Weise geändert."

Hat man Gelegenheit einen beginnenden oder sich ausden Lichen ruber zu Gesicht zu bekommen, so wird man en, dafs sich hirsekorngrofse, anfänglich getrennt stehende, nnen Schüppchen bedeckte Knötchen zeigen, die wenig erregen."

Die Knötchen erscheinen in zweierlei Formen. Einmal eselben lebhaft oder braunrot, konisch hervorragend, sehr an ihrer Spitze mit fest haftenden, trockenen, weifsen enmassen bedeckt, durch welche ihr Anfühlen ausnehmend t. Fährt man über dieselben mit der Flachhand, so entdie Empfindung und das Geräusch, als ob man über ein en mit der Hand fahren würde."

In einem andren Falle sind die Knötchen ebenfalls durchs disseminiert und gleichartig hirsekorngrofs, aber blafsrot, achsartigem Schimmer, an der Oberfläche glatt, abgerundet konisch zugespitzt) und in ihrer Mitte mit einer winzig aber deutlichen delligen Depression versehen."

dieser Beschreibung acceptiert HEBRA auch die WILSONBeschreibung der Knötchen und schildert die Primärefflozen so wie NEUMANN im Jahre 1869. Er bekennt selbst, eine frühere Erfahrung und Beschreibung mangelhaft war, iziert völlig seinen Lichen ruber mit Lichen planus. Er mit der Bezeichnung einer konisch hervorragenden, igen Knötchenform keine selbständige Form an, erwähnt mit keiner Silbe, dafs diese Form es sei, welche seiner

früheren Beschreibung entspricht, und daſs ein Lichen
vorwiegend konischen schuppigen Knötchen schwerer v

Einheitlich behandelt er den Lichen ruber auch
nimmt ebenso wie WILSON eine zirkumskripte und d
ihm allgemeine) Form an und erwähnt, daſs im Ve
Zeit die Krankheit immer allgemein wird, ob die Knötc
oder jene Form hatten. Diese Beschreibung deckt vo
die WILSONsche. Hier erwähnt HEBRA zuerst das
lederartige Aussehen einzelner Infiltrate, die Broschefo
läre Form WILSONS), die Pigmentflecke der Haut. S
ersten Beschreibung hat er keinen Fall mit tödlichem
gesehen.

Wir müssen nach dieser zweiten Schilderung, da na
die Knötchendifferenz und die Differenz der Prognose durc
selbst eliminiert wird, ohne Bedenken die vollkommene
des Lichen ruber mit dem Lichen planus aussprechen u
bei bemerken, daſs die Annahme der Knötchendiffere
schlechte Beobachtung, die Aufstellung der ungünstigen
durch das Fortgeschrittensein des Prozesses begünstigt w

1875 beschäftigt sich POOR wieder mit dem Lic
exsudativus und veröffentlicht einen tödlich verlaufen
Bei dieser Gelegenheit bekennt er seinen begangenen Fe
anerkennt die Selbständigkeit des Lichen ruber HEBR
POOR hat nur einen Lichen ruber gekannt, von Liche
macht er keine Erwähnung.

Er beschreibt auch die Knötchen nach dem Muste
Der Fall verlief tödlich, aber der Tod war die Folge der
Komplikationen als: exsudatum pleuriticum, nephritis int
dysenteria etc.

PIFFARD (1876) hat nur Planusfälle beobachtet un
daſs der Lichen planus eine unabhängige Krankheits
Lichen ruber HEBRAE darstellt [63].

DUHRING [86. 7] behandelt den Lichen planus WI
Lichen ruber HEBRAE unter dem gemeinsamen Terminu
ruber als Formen derselben Krankheit, beschreibt abe
WILSONsche Form aus eigner Erfahrung, die zweite
sche nach diesem Autor selbst.

1877 [9] veröffentlichte Obtulowitz einen Fall von Lichen dativus ruber, in welchem auch die Erkrankung der Kopfhaut t einer Psoriasis palmaris und plantaris vorhanden war.

Im selben Jahre treffen wir uns in der Lichenlehre mit dem en Kaposi [55]. Er teilt den Lichen ruber der Knötchen- nach ein in: 1. Lichen ruber acuminatus, 2. Lichen r planus. Hierdurch ist Kaposi der erste, der die Be- ung Wilsons für eine leichtere Form des Lichen ruber aus- ohne bei dieser Gelegenheit Wilsons zu gedenken. Er kennt hiermit, dafs die erste Definition des Lichen ruber un- ar war. Und indem Kaposi gegen die Engländer Fox, LOR, Bulkley wegen der Benennung streitet, und den Lichen r und L. planus dem Wesen nach für eine und dieselbe kheit hält, thut er nichts Andres, als was schon Hebra gethan, nur ist Kaposi dadurch, dafs er aus den von Hebra hriebenen Knötchenformen Lichenformen macht, eine Form mit spitzen, schuppigen Primärefflo- enzen und eine Form mit planen nicht schuppenden oreszenzen annimmt, den bisher bekannten Thatsachen usgeeilt; denn nirgends war bisher davon die Rede, dafs der ptcharakter des Lichen ruber in den konischen schuppigen tchen läge. Im Gegentheil! Der Referent des *Archiv für n. und Syphilis*, Neumann und Schwimmer legen ein Zeug- dafür ab, dafs dies nicht der Fall ist, und nur Poor erwähnt t rundlichen Knötchen auch konisch zugespitzte schuppige, Engländer und Amerikaner kennen aus eigner Erfahrung einen Lichen ruber mit nicht zugespitzten Primäreffior- nzen, also einen Lichen planus.

In der ersten Auflage seines Lehrbuches (1880) entwirft posi ein weiteres Bild des Lichen ruber acuminatus. chen ruber ac. ist die von Hebra ursprünglich beschriebene m. Sie charakterisiert sich durch disseminierte hirsekorn- se, rote, konische, an der Spitze ein dickes Epidermishügelchen gende, sehr derbe Knötchen, welche, wenn sie dichter anein- er gereiht sind, rauh wie die Stacheln eines Reibeisens sich ühlen und endlich zu diffus roten schuppenden Flächen ver- melzen. Der mit L. ruber ac. Behaftete ist tief leidend,

schlecht genährt. Nach exzessivem Grade bildet
Krankheit nicht mehr zurück." Diese Annahme Kaposi
auch mit oder ohne Gutheifsung Hebras geschah,
nicht den bisher veröffentlichten Thatsachen. Davon
eine Form von Lichen ruber geb'e, welcher aus
lich oder vorwiegend aus konischen mit Schup
sehenen Knötchen bestände, und dafs diese de
Verlaufe schwerer, im Ausgange funester w
dafs diese Form mit jener von Hebra zuerst be
nen Form identisch wäre, haben wir uns bisher
überzeugen können. Hebra selbst erwähnt das
Silbe. Im Gegenteil, seine zweite Beschreibung eb
Differenzen zwischen dem Lichen ruber und
Nicht der Lichen ruber von 1862 verwildert den Lichen
1874, sondern der L. ruber von 1874 mildert den L.
1862. Nur von verschiedenen Knötchenformen ist
Neumann, Schwimmer, Poor, dem Ref. des *Archiv* und
die Rede gewesen, aber nicht durch diese bedingte Un

Als Einzelindividuen der einen und derselben,
Verlauf als im Ausgange gleich bleibenden Krankhei
schreibt Hebra verschieden gestaltete Knötchen als de
des einen und desselben Prozesses. Er kennt nur schwe
aber keine schwere Form. Das erste Stadium ei
Falles ist: „Hirsekorngrofse, rote diskrete oder grup
wenig Schuppen bedeckte, nicht exkoriierte, oder
und gedellte, braunrote, wachsartig schimmernde Knöt
über die ganze Hautoberfläche zerstreut, gewöhnlich nu
Hautpartien meist an den Extremitäten okkupierend.

Niemand von den bisher citierten Autore
diese oder jene Eigentümlichkeit der Knöt
Ausgange einer zweiteilenden Diskussion, u
oder jene Knötchenform für den schlimmen
für die Schwere der Krankheit verantwortlich

Und wenn wir uns auf Kaposi selbst berufen: e
nur mit einer Silbe, dafs jene nach ihm als gemisc
fassende Formen deshalb schwerer verliefen, weil auch
Knötchen vorhanden sind?

ir wollen erst später darauf eingehen, ob die Annahme Knötchenformen als Primäreffloreszenzen durch auch heute noch respektiert werden mufs, und hier nur en, dafs wir aus KAPOSIS Arbeit nicht herausbekommen auf welcher Grundlage er die Zweiteilung des Lichen HEBRAE von 1874 für angezeigt hielt. Und diese ilung, bewerkstelligt durch einen der hervorsten Vertreter der Wiener Schule, hatte die Lehre vom Lichen ruber in ihrem Wesen ert, verwickelt.

r wollen uns jetzt zu den französischen Autoren wenden. e offizielle französische Schule nimmt den Lichen planus s als den Vertreter des Lichen ruber an und schliefst ermit eng den Engländern an.

beschreibt DEJERINE 1877 [25] den Lichen planus in Sinne. Er hebt die Abwesenheit des Juckens und der en hervor, hält ihn für eine Form des Lichen ruber , dessen schwere Form (von einer spitzen Knötchenform nichts) in Frankreich wenig bekannt ist.

80 erörtert VIDAL [72] den L. ruber und planus und be- die 2 Formen als Modalitäten einer Affektion und fragt o HEBRA nach der ersten Beschreibung zu urteilen den ruber nicht mit Dermatitis exfoliativa verwechselt habe? selben Jahre befafst sich HÉGUY [44] schon eingehender chen planus und geht auch auf Kleinigkeiten ein, be- wie schon auch WILSON gethan, dafs die Haut zwischen nzelnen Papeln manchmal hyperämiert ist, ja dafs in den Tagen der Eruption die Haut etwas infiltriert kongestio- t.

e Plaquesbildung geht nach HÉGUY nicht im Sturm von sie bildet sich nach mehreren Nachschüben aus anein- reihten Papeln. Nur wenn die Eruption schnell allgemein findet man Plaques in 8—10 Tagen nach der Eruption. m Falle von Lichen planus des Unterschenkels waren die ldrüsen angeschwollen. Die Schweifssekretion ist ndert (bei einem Falle von SCHWIMMER [85]). Beim zen empfinden die Patienten mehr Jucken. (Das ist auch

der Fall bei allen exsudativen Hautkrankheiten. Ref.)
Plaques, die veraltet sind, wo die Haut verdickt ist, hy
violette, hart, stark schuppend, verursachen Jucken
Plaques sind gleichmäfsig erhaben, ihre Oberfläc
keine Depression, das ist der Lichen corné na
Es ist nicht selten, einige Plaques zu finden, die na
lution der Eruption an einzelnen Regionen 1-
lokalisiert bleiben.

Ein andermal sieht man auf der einen ur
Stelle successive Ausbrüche, die zu 1—2—3 Plaque
führen. Die Dauer kann nicht ermittelt werden. D
verfolgen mit Vorliebe die Varices der unt
tremitäten. Um die Plaques herum sind frisc
chen, welche stark jucken. Die Kranken kratzen nic
Knötchen, sondern auch die gesunde Haut, wodurch w
Knötchen entstehen.

Hébuy citiert einen Fall von Tilbury Fox, w
Krankheit bei einem 9 Monate alten Kinde zeigte (F
solche einmal bei einem 8 Monate alten Kinde, zw
3—4jährigen Kindern).

In einem andren Falle war der Lichen planus
gen auf der ganzen Haut ausgebrochen und
vielen kleinen und grofsen Plaques.

Der siebente Fall, der eine Mischform von L.
planus darstellen soll, ist nach meinem Wissen ein rei
planus. (Erklärung folgt später.) Hébuy deduziert:

1. Hebra hatte zuerst (1860) diese Affektion b
E. Wilson aber 1873 ihr den Namen L. planus gege

2. Die Krankheit besteht aus Knötchen, welc
Peripherie nicht wachsen, und die Plaques werden
Anzahl von Knötchen gebildet.

Die letzteren Punkte beweisen zur Genüge, da
einen Lichen ruber acuminatus nicht beobachte
auch nicht kennt.

Lavergne [45] teilt den Lichen planus in: 1. L.
2. L. corné; 3. L. aigu. Der Lichen chronique fär
Unterschenkeln an (Varices), nachher schreitet er auf

und Arme. L. citiert den Fall von BULKLEY [73], wo
lanus zuerst an der glans penis erschien. Anfangs
ine Schuppen. Pruritus mehr weniger konstant. Die
n wachsen nie in die Peripherie. (Inguinal- und Kruraln 2 Fällen angeschwollen.) Die Haut ist trocken, nur
Falle war vermehrte Schweifssekretion. Das Allgemeinist gut. Einzelne Plaques dauern wochen- bis jahrepontane Heilung kommt vor. Pigmentation. Von den
ten Fällen sind erwähnenswert:
II. An der Handbeuge grofse tiefe Risse.
te veröffentlichte Fall von Lichen planus, bei welchem
der Haut wie bei den ersten Fällen HEBRAS beobachtet
Ref.)
III. Vergesellschaftet mit Ekzem, Fieber.
VI. Kopfhaut mit angegriffen. (Wie bei OBTULO-

VII. „On trouve (sur le thorax) lá des papules très
ses, grosses, comme une tète d'épingle, acuminées,
e couleur que le reste de la peau, terminées a leur
par un point noir ou un petit filament blanchâtre (ma-
bacée)." Zwischen diesen waren reine Lichenknötchen.
Monaten hatte die Kranke noch nichts am Thorax,
aber Friktion mit Oleum Crotonis. Am Abdomen
auch die zweierlei Knötchenformen. Am rechten Unter-
seit 4—5 Jahren dauernde Plaques. Am rechten Ring-
am linken Daumen (äufserstes Ende) grofse Blasen.
ist bisher nirgends Erwähnung gemacht worden.) Peri-
. (Die spitzen Papelchen können nicht als akuminate
des L. nach KAPOSI aufgefafst worden; denn diese sind
rot, noch mit Epidermishübelchen bedeckt. Waren sie
fte Follikel? Ref.)
chen corné: 1. L. corné hat Tendenz sich zu lokali-
2. bemerkenswert ist die Hypertrophie der Cutis; 3. er
onisch; 4. weicht der Medikation nicht. „Es ist möglich",
., „dafs er dem L. planus folgt, aber wir glauben, dafs
ntan mit Sturm auftritt. Die Prädilektionsstelle ist der
Man hat ihn aber auch auf den Schenkeln, an den

Vorderarmen beobachtet. Er bildet von 20 Centimes-
stückgroſse Plaques, manchmal auch handtellergroſse. D
sind im allgemeinen unregelmäſsig, abgerundet, drei
Farbe differiert von der Lichenfarbe, sie is
blauer, mehr livid, manchmal schwärzlich.
fläche ist wenig glatt, ist manchmal höckerig, w
Plaques aneinander gereiht sind. Die Epidermis ist
Rauten geteilt, aber man sieht nicht mehr die S
Papeln, welche im Anfange die Plaque gebil
Die Follikularmündungen sind nirgends so gut als hi
Sie bilden zahlreiche Öffnungen von Punkt- oder
gröſse, entblöſst von Haaren, manchmal genug
um das Ansehen eines Schaumlöffels abzugeben et
deutendste Charakter des L. corné ist die Verdickun
Die Haut ist trocken, runzelig gefaltet, mit einem
4—5 mm dick. Manchmal sind wahre Tuberkel
Die Ränder sind zierlich geschweift, die Na
gelblich oder bräunlich, etwas hypertrophisch, aber
die Plaques. Man findet dort isolierte Knö
welchen einige sich mit den Rändern der Plaque
welche sich nach diesem Mechanismus
Heftiges Jucken. Dauer von Monaten bis 20 Jahr
Fällen sind hervorzuheben:

Fall XIII. Auf der Zunge eine weiſse Pl
können heute diese Plaque für eine lichenoide M
der Zunge halten. Ref.)

Fall XIX. Eine Plaque am Unterschenkel n
matösen Wucherungen.

Lichen planus aigu. Entwickelt sich se
15, 8, ja 5 Tagen breitet er sich auf den ganz
aus, Knötchen und Plaques bildend.

Die Papeln sind intensiv rot, dunkel, a
druck erblassend, das Glänzen ist weniger
Die Plaques sind sehr zahlreich, breit und bedecken
ganzen Körper. Die tastende Hand empfindet höh
tur; das Reiben verursacht Schmerz. Auf einigen
die Knötchen noch erkennbar, auf andern nicht m

anden. Desquamation kopiöser und fast auf jeder
L. veröffentlicht einen Fall von L. ruber „se trans-
an dermatite exfoliatrice généralisée“ bei einem 7jährigen
Tod durch Typhus abd. Die Nägel waren mit-
t.

Falle XXV. beschreibt L. eine Pityriasis capitis und
elte, spitze, nicht glänzende, zusammengedrängte Knötchen
lanen Knötchen.

AVERGNE hält den L. r. acuminatus und planus für 2 Formen
ben Krankheit; die letztere soll die benigne, erstere die
e Form sein, welche in Frankreich nicht, nur in der
le, speziell in Wien beobachtet wird. Dieser An-
agt er, sind auch BESNIER und DOYON, welche sich wieder
nsichten WILSONS anschliefsen. Letzterer war es, der den
n planus zuerst so beschrieben hat, wie man ihn in
eich und England beobachtet.

ir haben uns bei den französischen Autoren etwas länger
lten, weil ja die Franzosen eine hervorragende Stelle in
rmatologie einnehmen.

ie wir sahen, scheint VIDAL die Existenz tödlich ver-
er Lichen ruber-Fälle zu bezweifeln. HÉGUY kennt und
ibt nur den Lichen planus, hält ihn aber mit Lichen
identisch. In diesem Sinne erweitert er unsre Kenntnisse
L. planus. Er schildert musterhaft die verschiedenen
s, die jüngeren und älteren; zeigt uns klar die zusammen-
en Kettenglieder zwischen den einzelnen Modalitäten der
planus-Effloreszenzen. Er macht es uns leicht den Lichen
oder hypertrophique der Franzosen zu verstehen, beweist
afs Lichen corné nicht als solcher beginnt, sondern aus den
nten primären Planusknötchen entsteht.

uch LAVERGNE beschreibt nur den Lichen planus, die
nd da angeführten spitzen Knötchen haben nichts gemein
APOSIS L. ruber acuminatus. Nur in der allgemeinen Be-
oung des L. plan aigu finden wir eine Ähnlichkeit mit
. r. acuminatus aber diese Ähnlichkeit ist nicht in den spitzen
hen zu suchen, denn solche beschreibt LAVERGNE nicht,
n der Tendenz zur raschen allgemeinen Ausbreitung. Die

Knötchen sind dann mehr rot, weniger glänzend, übrigen sind sie plan, und der ganze Verlauf benigne. Einteilung können wir nicht acceptieren und Unterschi zwischen Fällen annehmen. Es gibt in der That Fä auch bei andern Hautkrankheiten (Psoriasis, Lupus erythem die mehr akut oder chronisch verlaufen, lokalisiert bleib sich mehr oder weniger ausbreiten. Eine scharfe Trenn Sinne LAVERGNES ist nicht statthaft. Der Lichen corné i nur ein Lichen planus, der langsam verläuft und la gewisse Teile beschränkt bleibt; er bildet die letzte F aus den primären Knötchen entstandenen Gebildes. LA liefert hierfür selbst die Beweise in unsre Hand. Überall wir typische Primäreffloreszenzen erwähnt. Was die tümlichkeit einzelner Plaques und gröfserer Lichenknoten sind das nur sekundäre Zustände, hervorgerufen durch ungshyperämie, regere Verhornung, Hyperp tation etc.

Bei LAVERGNE finden wir tiefe Risse in der Haut (pa töse Wucherungen), Erkrankungen der Nägel aufgezeichne beweisen genügend, dafs auch diese sekundärer Natu und nicht nur den ersten Fällen HEBRAS eigen sind. D lichen Ausgang eines Falles hatte auch hier eine interk Krankheit besorgt.

Die Franzosen haben also dem Forscher keinen Anla gegeben der Existenz einer schweren Form des ruber mit akuminaten Knötchen unerschütterlich zu ve Der oben erwähnte, angeblich mit Lichen ruber ge Fall war ein gewöhnlicher Lichen planus mit rundlich Schuppen bedeckten Knötchen, welche so häufig mit ev planen Knötchen und Plaques an einem und demselben duum zu sehen sind.

Die französischen Autoren bereicherten unsre Ke über L. planus. Ihnen verdanken wir die exaktere Besch des Lichen hypertrophicus oder corné, oder der Der circumscripta herpetiformis (NEUMANN), durch wel in die Lage kommen, alle Verwandlungsformen der k Lichenknötchen zu übersehen und zu verstehen.

ußer diesen eklatant mit Lichen planus zusammenhängenden
en Hypertrophien finden wir unter Lichen hypertrophique
ranzosen einzelne mehr oder weniger zweifelhafte Fälle
eben, so bei CHARPY [26] und CHAMBARD [18].
HARPY nimmt eine ulcerierende und eine nicht ulce-
de Form des L. hypertrophique an. Ich muſs aber
Y recht geben, daſs seine Fälle entzündliche oder neo-
he Bildungen ganz andrer Natur waren und nichts mit
planus zu thun hatten, da ja doch von primären Efflo-
en keine Erwähnung geschieht, und überhaupt vom Anfang
ankheit nichts Positives eruiert worden ist.
on CHAMBARDS Lichen hypertrophique kann ich mich nicht
ieſsen ein positives Urteil abzugeben. Wie er selbst be-
war der Fall eine Dermatitis chronica hypertrophica
illomatosa als Folge eines langdauernden Ekzems.
och im Jahre 1883 finden wir von LEMOINE [17] einen
on Lichen planus unter dem Namen Lichen hyper-
ique veröffentlicht.

(Fortsetzung folgt.)

Pathologie und Therapie der Alopecia areata.

Von

A. R. ROBINSON. M. B. L. R. C. P. & S. EDIN.

sor der Dermatologie an der New Yorker Poliklinik und Professor
Dermatologie und Histologie an dem Med. Kollegium für Frauen
zu New York.

(Fortsetzung.)

ON SEHLEN (a. a. O.), dessen Arbeiten wiederholt die Auf-
amkeit auf die Ätiologie dieser Krankheit lenkten, ent-
Mikrokokken hauptsächlich in den Haarbälgen oberhalb des
es, wo der Talgdrüsengang in den Haarfollikel mündet,
trächtlicher Anzahl. Sie wurden nicht in allen Haaren,
meistens in jenen mit bei der Epilation beibehaltenen

Wurzelscheiden gefunden und besafsen hinreichend
Eigentümlichkeiten, seine Beobachtung für andre Bec
bestätigen. Er machte auch Kulturen und Inokulatio
Resultat einen Haarverlust in jenem, dem Experi
worfenen Teile verursachte, obwohl das Haar nicht
Alopecia areata eigentümlichen Weise ausfiel.

Durch diese Beobachtungen erfahren wir also,
bestimmter Organismus sehr häufig vorhanden sei,
schon bewiesen ist, können Organismen weder auf der
Oberfläche, noch an der Öffnung der Haarbälge
dieser Krankheit hervorbringen. Das Mifslingen vo
tionen ist meiner Idee nach kein Beweis gegen die
Natur der Krankheit, da die Gewebe in den Tieren,
die Experimente gemacht wurden, für das Wachstum d
men ungünstig gewesen sein mögen. Die sehr wic
wendung' gegen die Ansicht, dafs jene Organismen ei
sche Beziehung zur Alopecie hätten, ist, dafs Bizzozero
Bordoni-Uffreduzzi (Über die biologischen Eigensc
normalen Hautmikrophyten. *Fortschr. d. Mediz.* 188
Michelson (Über die sogenannten Area-Kokken. *F*
Mediz. 1886. No. 7. pag. 230; Bemerkung zu de
des Herrn Dr. von Sehlen über die Ätiologie de
areata. *Virchows Arch.* 1885. Bd. 99. pag. 5
Diskussion über die Ätiologie der Area Celsi. *Virch*
1880. Bd. 80. pag. 296) und andre behaupten, d
unter normalen Zuständen gefunden und kultiviert u
lationen damit gemacht zu haben mit dem Resultat, d
viel Material angewendet wurde, Zeichen von Entzündu
worden wären.

Bender (Über die Ätiologie der Alopecia areata.
med. Wochenschr. 1886. pag. 817) fand in allen sei
Fällen, bis auf einen, auch in der normalen Kopfhau
men ähnlich jenen, welche von Sehlen beobachtete, u
jedoch mit negativen Resultaten, Kulturen und Inokul

Bordoni-Uffreduzzi betrachtet jene Organismen
normalen Verhältnissen vorkommend. Er versuchte
Kultivation Inokulationen zu machen, mit dem Res

viele Organismen verwendet wurden, die Kopfhaut irritiert
n, während, wenn nur wenige inokuliert wurden, keine
n von Entzündung zu sehen waren. Er untersuchte auch
von der normalen Kopfhaut andrer und seiner eignen,
nd Mikrokokkenkolonien dem Aussehen nach jenen, welche
EHLEN beschrieben hat, ähnlich.
ene Beobachtungen und Experimente durch Inokulationen
igen die Argumente, welche ich wegen Abwesenheit von
n der Entzündung gegen irgend einen Organismus auf
lgemeinen Oberfläche oder innerhalb des Haarbalges als
e der Krankheit zu betrachten gebrauchte.
ON SEHLEN leugnet die Richtigkeit der Beobachtungen
Gegner; und wir sollten, denke ich, nicht vergessen, dafs
ON SEHLEN jene Organismen beschrieben hatte, viele jener
Beobachter beharrlich die Existenz von Pilzen irgend
Art auf der Kopfhaut bei Alopecia areata leugneten, und
ch dadurch sich nicht als sehr sorgfältige Beobachter er-
.
ollte die Krankheit parasitär sein, und die Organismen so,
ON SEHLEN es beschrieb, gelagert sein, so sollten auch
rasitische Mittel beinahe immer und schnell die Krankheit
gen. Da die Inokulationsexperimente nicht erfolgreich
, da ähnliche Organismen in normaler Haut gefunden
n, da die Lage seines Pilzes derartig ist, dafs sie der
ckelung des Haares nicht hinderlich sein kann, da Ent-
ngssymptome nicht vorkommen, und häufig die antipara-
e Behandlung erfolglos sich erweist, so können wir nicht
men, dafs VON SEHLEN seine Ansicht bewiesen hat oder
e auch nur zu einer wahrscheinlich richtigen machte.
Was die Kontagiosität der Krankheit betrifft, obwohl einige
vorliegen, die deren kontagiöse Natur vielleicht beweisen,
die Krankheit dennoch in dem gewöhnlichen Sinn des
s als nichtkontagiös betrachtet werden. In den 42 Fällen
HUTCHINSON kamen nicht zwei bei Gliedern derselben Fa-
oder deren Genossen vor. Experimente durch Inokulation
einem Kopf auf den andren und auf Stellen von der
haut eines schon mit der Krankheit befallenen Individuums

haben immer negative Resultate ergeben, so zwar, dafs teidiger der parasitären Theorie in diesem Punkt keine Unterstützung, sondern eher das Gegenteil Meiner Meinung nach sollte man nicht viel Gewich Nichtvorhandensein einer bewiesenen Kontagion legen. ist eine seltene Krankheit, und folglich ist der Boden, parasitär sein, selten in einem für das Wachstum der O günstigen Zustande; daher ist der Nichterfolg von Inok kein Beweis für deren nichtparasitäre Natur. Wir wissen reich bei Pityriasis versicolor die Organismen sind, und mehr bedeutet, dafs sie gerade auf der Oberfläche leben die Ansteckung ganz besonders günstige Lage, und tro die Krankheit, vom klinischen Standpunkte betrachtet, k tagiöse; dasselbe kann für Tuberkulose gelten; sogar in schweren parasitären Krankheit wie Osteomyelitis ist gekommen, dafs in das System eingespritzte Organismen Entzündung erzeugten, als bis die Knochen vorher waren. Dieses alles zielt darauf hin, dafs das Nichtvo häufiger Beispiele von Kontagion kein Beweis gegen sitären Ursprung einer Krankheit seien. Gleichzeiti die wenigen vorliegenden Fälle von Alopecia, welche de tagiosität zeigen sollten, nicht als von so grofsem trachtet werden, da deren nichtkontagiöser Charakter gemeinen so ausgesprochen ist.

Wenn wir bei dem Studium der anempfohlenen Beh methoden anlangen, bemerken wir im allgemeinen, parasitische Mittel die einzigen sind, welche anempfohlen und den neuesten Ansichten nach sind solche Mittel, wie und Schwefel, unfehlbar in ihrer Wirkung. Die Ten Krankheit, von selbst und in sehr unbestimmten Z ihres Bestehens spontan zu verschwinden, beeinträch Fähigkeit, die Behandlungsresultate in einzelnen Fällen teilen, bedeutend; doch wenn eine grofse Anzahl vo mit antiparasitischen Mitteln und einstimmigen Erfolg worden sind, so wie in den von THIN (Alopecia areata. *Journ.* 1882. II. pag. 783 und 828; A further contri the treatment of Alopecia areata. *Br. Med. Journ.*

828). berichteten fünfzehn Fällen, so sind wir berechtigt, esultat dem Mittel zuzuschreiben. Es ist behauptet worden, lle jene Mittel in ihrer Wirkung mehr oder weniger reizend und wir vielleicht gerade dieser Eigenschaft irgend einen nätigen Effekt verdanken. Irritierende Applikationen, wie laster oder Krotonöl, von hinreichender Stärke um eine erte Dermatitis zu erzeugen, sind von einigen ausschliefslich endet und, wenn nötig, wochenlang fortgesetzt worden. nigen, welche die Krankheit auf diese Weise behandelt mögen sehr oft günstige Resultate beobachtet haben, zeigen derartige Resultate die Krankheit nicht als eine täre; denn wenden wir nicht dieselben Mittel manchmal n hartnäckige Fälle von Herpes tonsurans zu kurieren? So ist die Thatsache, dafs viele Fälle dem Gebrauch antipara- er Mittel widerstehen, kein Beweis, dafs Organismen nicht Ursache der Krankheit seien. Wie viele Fälle von Herpes ans widerstehen nicht durch Monate und Jahre der Be- ung, obgleich der Pilz in nicht sehr unzugänglichen Regio- gelagert ist; und sollten die Organismen tiefer sitzen, als upus vulgaris, so sind antiparasitische Applikationen in der von sehr geringem Werte. Dann ferner folgt aus der hme eines Organismus als Ursache der Krankheit nicht, dafs be noch in alten, sich nicht weiter verbreitenden Areas an- d sein müsse; nicht mehr wenigstens, als wenn wir den des Favus an Stelle der konsekutiven, permanenter Alopecie ssetzen würden. Er mag vorhanden gewesen sein und ; oder indirekt die Veränderungen, welche zur Alopecia führen, erzeugt haben, und die nutritiven Störungen können end eines unbestimmten Zeitraumes, obwohl der Pilz schon aufgehört hat zu bestehen, fortdauern. In jenem Falle' en derartige antiparasitäre Mittel keine Wirkung haben. deren Wert beurteilen zu können, sollten sie in einem n Stadium der Krankheit, oder während die Alopeciestelle Gröfse zunimmt, angewendet werden, und in solchen Fällen selbe von manchem Beobachter häufig von grofsem Nutzen nden worden, während nach LASSAR (Die Übertragbarkeit Alopecia praematura. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1882. pag. 131;

Deutsche Med. Wochenschr. 1885. pag. 531) und T
Wirkung rasch, zuverlässig und entschieden ist. Wer
Resultate der Behandlung zusammenfassen, sind ant
Mittel ihrer Wirkung nach die sichersten, die wir g
für die Behandlung der Alopecia areata haben, obgleic
immer zum Ziele führen.

Wir haben auf diese Weise gesehen, dafs das
handensein von Zeichen oberflächlicher Entzündung,
rakter, die Art und Weise auf welche die Haare aus
negativen Inokulationsresultate der beobachteten kultiv
ganismen, die scheinbar nicht kontagiöse Natur der
und das häufige Fehlschlagen der Behandlung mit anti
Mitteln hinreichend beweisen dürften, dafs die Krank
von Organismen, entweder auf der allgemeinen Oberf
innerhalb des Haarfollikels gelagert, abhängen kann.
finden von Organismen in jenen Lagen ist für sich
Beweis einer ätiologischen Beziehung zu der Krank
Bizzozero und andre haben gezeigt, dafs viele Formen
auf der normalen Kopfhaut existieren.

(Fortsetzung folgt.)

Pariser Briefe.

von

P. G. Unna.

I.

Paris, d. 28. Apri

Lieber Freund!

Ich habe Ihnen versprochen, über meine Pariser Erlebnis
drücke zu berichten, soweit sie sich auf unsre Spezialwissenschs
und komme diesem Wunsche um so bereitwilliger nach, als i
der Zuvorkommenheit sämtlicher Pariser Spezialkollegen —
den paar Tagen meines Hierseins bereits mehr Neues und
gesehen habe, als ich in so kurzer Zeit für möglich gehalten hi

Mein Hauptinteresse konzentriert sich natürlich auf das
Modelle von Hautkrankheiten im Hospital Saint-Louis, kurz

n Baretta, welches ganz allein für jeden Dermatologen eine Reise
is wert ist. Denn hier ist der Besucher nicht — wie in den Kliniken
kliniken des Hospitals — auf den Zufall angewiesen, welcher aller-
ter der ungeheuer grofsen Anzahl von Patienten täglich etwas Aufser-
ches auf der Bildfläche erscheinen läfst. Hier hat man vielmehr
antesten Erscheinungen beieinander, welche während eines ganzen
nalters von den Ärzten des Hospitals Saint-Louis beobachtet
ind.

d in welch wunderbarer Treue sind diese Fälle von einem Laien,
nstler Baretta, reproduziert! Bei der ersten Durchwanderung des
, ehe noch das Einzelne der Präparate, ihre Vergleichung unter
unsre volle Aufmerksamkeit erfordert, schwankt die Empfindung
her zwischen der bewundernden Anerkennung der künstlerischen
ng der Präparate und der überraschenden Erfahrung, dafs die
nach denselben fast ebenso leicht und sicher von statten geht wie
ndem. Man fühlt sich hier zu gleicher Zeit versetzt in die Werk-
es hervorragenden Künstlers und in einen wirklichen Krankensaal,
die typischen Fälle gewöhnlicher und seltener Dermatosen in sich
.

ch diese gemischte Empfindung des ersten Eindrucks weicht alsbald
eren und ernsteren Freude wissenschaftlicher Arbeit, und dafs eine
issenschaftliche Arbeit an blofsen Nachbildungen überhaupt möglich
erfährt man an den Barettaschen Modellen. Ich hatte von der
und Treue derselben eine hohe Erwartung mitgebracht, aber ich
r doch vorgestellt, dafs die Grenzen, welche jeder Nachbildung in
Material gesteckt sind, auch hier sich für die feinere Differential-
k geltend machen würden. Für die älteren, vor zwei Jahrzehnten
en Modelle trifft diese Voraussetzung auch wohl zu; aber nicht für
eren und neuesten, welche mit steigender Vollendung sich der
genähert haben, dafs man die letztere keinen Augenblick vermifst
Illusion wird bei längerer Betrachtung dieser Meisterarbeiten so
afs man sich unwillkürlich versucht fühlt, die Diagnose des Gesichts
ie des Tastorgans zu bestätigen. Es fehlt eigentlich nur noch,
n an die Modelle Fragen richten könnte über Verlauf und subjek
pfindungen. Da helfen denn die Krankengeschichten des Museums
afsen aus oder die persönliche Auskunft der Ärzte des Hospitals,
mir in liebenswürdigster Weise gewährt wurde.

nz auf diesem scharfen Blicke Barettas für alle Einzelheiten der
Erscheinung und der dadurch erzeugten, unglaublichen Treue der
gabe beruht die hervorragende, wissenschaftliche Bedeu-
lieses Museums. Dieses sind keine Modelle für Schüler, welche
n in dem Chaos der Hautkrankheiten typische Beispiele suchen
h von seltenen Dermatosen einen ungefähren Begriff in Ermangelung
n Materials machen wollen; dieses sind reine Wiedergaben und

Fixierungen der Natur, welche noch nach Jahrzehnten erlaub
gaben und Ideen unsrer wissenschaftlichen Vorgänger zu prü
kontrollieren, welche es gestatten, seltene, nur in langen Int
tretende Erscheinungen auf unserm Gebiete weit besser al
Erinnerung oder dem gedruckten Worte zu konfrontieren und
diagnostisch zu beleuchten, welche anderseits aber auch da
die Verschiedenheit persönlicher Anschauungen durch Identif
zu Grunde liegenden Objekte auszugleichen. Angesichts dieser
Nachbildungen überspringen wir Raum und Zeit und dan
Schwierigkeiten, welche sich dem Verständnisse derselben Der
hier und dort, von sonst und jetzt entgegenstellen. Hier ist de
Ort für eine internationale Verständigung der Der

Das Studium des Museums Baretta ist aber nicht blo
lichem, sondern auch formalem Interesse, nicht blofs von W
Lösung schwieriger Fragen der heutigen Dermatologie, sonde
die Geschichte der dermatologischen Theorien und Systeme
Jahrzehnte. Denn jeder Arzt, welcher dem Museum einen Fa
bildung übergibt, bestimmt auch die Diagnose ganz nach se
Weise und besten Überzeugung. Natürlich führt diese Sit
überreichen, vielgestaltigen Nomenklatur ohne irgend ein
Schema; aber darin liegt in historischer Beziehung ke
sondern ein grofser Vorzug der Sammlung. Uns ist es ja, b
älteren Bezeichnungen, z. B. von Bazin und seiner Schule, vor a
zu wissen, auf welche Fälle er ursprünglich seine Diagno
welche Fälle er für seine klinischen Einheiten als typisch
dank der Meisterhand Barettas haben wir diese Typen noch he

Es wäre deshalb, nach meiner Meinung, ein grofser Fe
man dieses echt republikanische System der Bezeichnung (Etik
gunsten eines doch auch nur vorläufigen, etwa durch eine
festgesetzten Schemas aufgeben. Ich glaube dies betonen zu
mir von mehreren Seiten die für einen Schüler allerdings
sehende, babylonische Namenverwirrung als ein Fehler de
gerügt wurde. Im Gegenteil, die Individualdiagnose des einz
ist die natürliche und richtige, und stets von historischem W
sie charakterisiert Ort, Zeit und den Standpunkt des Autors.

Dem sehr wohl berechtigten Drang nach Ordnung, Kl
einheitlichen Gesichtspunkten kann in viel besserer Weise gen
als durch zeitweise vorgenommene Veränderungen der Benen
Modelle. In der nach bestimmten Gerichtspunkten gewählten Gr
derselben hat ja jede Generation, jedes Jahrzehnt das einfachs
der Hand, seine Anschauung, sein System zur Geltung zu b
den Autoren der Jetztzeit und Vergangenheit das geringste
zuthun. Und in dieser Richtung, aber auch nur in dieser,
fühlbarer Mangel für jeden, welcher die Sammlung zu studie

t allerdings über jedem Schrank einen Gesamtnamen: Ekzem, Lichen,
, Dermatophyten etc. Aber so roh die Bezeichnung, so wenig
ht die Verteilung im einzelnen häufig den Anschauungen der
. Nicht alle Modelle, welche seit vielen Jahren z. B. die Bezeich-
ichen an der Spitze tragen, wie Lichen pilaris, Lichen agrius, ge-
usammen, dagegen wäre ein Schrank allein und ausschliefslich
lich für die grofse, natürliche Gruppe: Lichen ruber (acuminatus,
planus, corneus, atrophicus).

er vermissen wir eine weise waltende Hand. Aber wo sollte sie
n? Es existiert ja kein Direktor des Museums! Vernehmen Sie
lie Perle aller Sammlungen ihres gleichen enbehrt eines Direktors!
mir denn doch etwas zu sehr republikanisch.

ı ehre das Gefühl der heutigen Franzosen, welches sich gegen jede
ındung auflehnt. Aber an dieser Stelle finde ich die ungebundene
um so weniger gerechtfertigt, als sonst in der medizinischen
chaft in Frankreich die Jünger den einmal anerkannten Führern
hr Bewunderung und vielleicht weniger Kritik als bei uns in
land zu folgen pflegen. Und dazu besitzt Paris in der That den
en Direktor des Museums, einen Mann von ungemein reichem
und ebenso grofser Bescheidenheit und Milde, der um so mehr zu
Ehrenamt berufen ist, als er bereits dem Hospital Saint-Louis selbst
ehr als fungierender Arzt angehört, ich meine den ehrwürdigen

r Einsicht und Energie von Lailler verdankte vor Jahrzehnten
seum Baretta hauptsächlich seine Entstehung, und es wäre nur
nat gerechter Dankbarkeit, wenn alle Ärzte des Hospitals
eteranen aus freien Stücken zum Direktor des Museums berufen

ann würde allerdings der wissenschaftliche Wert dieser Sammlung
ı erheblich höherer werden. Dann würde man in der Gruppierung
ızen ein lebendiges Bild der Dermatologie von heute vor sich haben,
m Studieren der einzelnen Gruppen würden sich die Anschauungen
schiedenen Generationen am selben Objekte in historischer Folge
entwickeln.

ıch die Einreihung, nicht die Etikettierung neuer Modelle würde
rständlich vom Direktor bestimmt werden. Wie segensreich wäre
ch die Besprechung der Diagnose eines neuen Falles mit einem die
Sammlung geistig beherrschenden Veteranen der Wissenschaft für
üngeren Autor. Und selbst den Fall gesetzt, dafs ein solcher eine
nt ganz neue Hautkrankheit einer andren Gruppe zuzuwenden ge-
als der Direktor, so würde gerade diese Meinungsverschiedenheit
ssenschaft zu gute kommen, und die Folgezeit würde durch Herbei-
neuerer Fälle bald lehren, ob die gewählte Gruppierung eine
le war.

Also kurz und gut: die Diagnose und Klassifikation ist
Autors, die Gruppierung in der Sammlung wäre die eines Direk
Übrigens haben sich die Autoren des Rechtes der freien E
in sehr verschiedenem Grade bedient. Am nützlichsten schei
Methode von Besnier zu sein, welcher aufser sämtlichen Synon
noch die am Modell sichtbaren Hauptpunkte hervorhebt, auf
seine Diagnose stützt. Dieses Verfahren wäre allgemein zu emp
Im nächsten Briefe denke ich Ihnen einige Proben aus de
dieser Sammlung zu kosten zu geben.

Referate.

Die Blennorrhöe der Sexualorgane und ihre Kompl
Nach dem neuesten wissenschaftlichen Standpunkte und zahlreic
Studien und Untersuchungen dargestellt von Dr. Ernest Finge
der Universität in Wien. Mit 32 Holzschnitten im Text un
Tafeln. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1888.

Vorliegendem Werke wünschen wir eine möglichst ausged
breitung. Verf. hat sehr recht, wenn er in der Vorrede sag
Blennorrhöe vom Praktiker stiefmütterlich behandelt werde,
„Theorie und Praxis meist nur souveräner Verachtung begeg
Praktiker, im glücklichen Besitze einer Tripperspritze und ei
Rezeptformularen, belächelt alles Übrige als wissenschaftlichen
In der That verdiente diese so „ermüdende" Erkrankung
die Aufmerksamkeit der Praktiker — die Erfolge würden weit gü
Wenn wir nun an die Besprechung selbst herantreten,
voraus schicken, dafs natürlich nicht alle Punkte berührt werd
in denen wir die Ansichten des Verfassers nicht teilen. Das B
und präzis geschrieben, aus dem klinischen und therapeutischen
überall eine grofse, nach allen Seiten durchdachte und wiss
verwertete Erfahrung, so dafs man das Buch mit dem Gefühle
Studium desselben einen wirklichen Gewinn gehabt zu hab
Hand legt.

Dafs nicht alle Teile gleichmäfsig abgerundet erscheine
Teil im gegenwärtigen, noch nicht abgeschlossenen Stande der
die es sich handelt, zum Teil auch wohl darin, als eine durch
rungen des Verfassers bedingte Vorliebe für einzelne Kapitel vo
gröfsere Ausführlichkeit und — stets in berechtigten Grenzen
Breite bedingt.

Im anatomischen Teil hätten wir eine etwas ausführlichere B
der Verhältnisse des Trigonum uro-genitale gewünscht; dage
sofort daran sich anschliefsende Teil über die Muskulatur der

der Blase und der pars posterior der Harnröhre, sowie Physiologie
chanismus der Harnentleerung sehr gut.

loben ist es, dafs Verf. mit dem Begriffe des „Blasenhalses" auf-
Die beigegebenen Tafeln demonstrieren die Verhältnisse durchaus
e Blase besitzt keinen eignen Sphinkter; das Ausfliefsen des Urins
Blase in die Harnröhre wird durch die Kontraktion der Harnröhren-
tur verhindert. Füllt sich die Blase, so nimmt sie Kugelform an
em Augenblick, wo der Druck des Urins die Elastizität des ostium
und weiter den Tonus des sphincter prostaticus internus überwindet
Flüssigkeit in den hinteren Teil der pars prostatica urethrae ein-
dem Augenblick hört die scharfe Grenze zwischen Blase und
auf, die Gestalt der Blase + pars prostatica wird birnenförmig; der
g ist ein allmählicher, und der „Blasenhals" geschaffen.

Kapitel über die Ätiologie des Trippers ist die kleine statistische
interessant:

n 387 Blennorhöen bei Männern war die Ansteckung vermittelt

Prostituierte öffentliche.....	12
„ geheime	44
Maitressen, Theaterdamen	138
Arbeiterinnen	126
Dienstmädchen	41
Verheiratete Frauen	26

ie schon erwähnt, ist der beste Teil des Werkes der klinische; be-
möchten wir hervorheben die Differentialdiagnose zwischen Ure-
nterior und posterior, und die zwischen letzterer und Cystitis als
nant und klar gegeben, wie wir sie in keinem Lehrbuche gefunden
Und gerade dieser Teil hat der Therapie wegen für den Praktiker das
Interesse; denn für die Therapie ist eine sichere Diagnose, genaue
tion, Erwägung der Intensität der Symptome von gröfster Bedeutung.
rf. bemerkt mit Recht, dafs sehr häufig bei Urethritis posterior die
e auf Cystitis gestellt wird. Die subjektiven Symptome, der Harn-
und die objektiven Symptome: Trübung des zweitgelassenen Urins
sonders die Hämaturie, die sich als mit den letzten Urintropfen
efste Blutstropfen dokumentiert, sprechen für Urethritis posterior;
Cystitis fehlen die subjektiven Symptome in der Regel. Die objek-
ymptome kombinieren sich meist mit denen der Urethritis posterior.
an den Patienten in 3 Abteilungen urinieren, so zeigt sich

ei Urethritis posterior.	b. Bei Cystitis.
.	1. Trüb.
iger trüb.	2. Fast gleich trüb.
klar, und wenn trüb, so nur wenig, durch Schleim resp. r, der von der pars posterior ie Blase gelangt ist.	3. Durch den in der Blase abgesonderten Schleim resp. Eiter gleich stark getrübt, wie 1.

Ebenfalls lediglich auf — chronische resp. subakute - posterior zu beziehen ist der „imperiöse physiologische Harndra häufig als „chronische Cystitis“ diagnostiziert wird. Die Patie den Urin lange halten, sobald sich aber der Drang zum Urini ist er „imperiös.“ Sobald nämlich der erste Tropfen Urin, nach des sphincter urethrae prostaticus internus, in die pars prosta wird, physiologisch, Harndrang empfunden; befindet sich r prostatica in einem chronisch entzündlichen Zustande, so ist gesteigert, dafs er nicht überwunden werden kann durch Kor sphincter externus.

Wenn man inbezug auf die Therapie auch vielleicht and sein kann, als der Verf., so mufs man doch zugeben, dafs er tischen Mafsnahmen sehr gut anatomisch-physiologisch begründ

Er stellt für die Therapie folgende Regeln auf.

1. Die kausale topische Behandlung mit Balsamen und A ist nur bei einer unkomplizierten Gonorrhöe indiziert; sob Komplikation entwickelt, mufs mit der topischen Behandlung sofort sistiert werden.

2. Eine frühzeitige topische Behandlung, jedenfalls wenn über das muköse Stadium hinaus, bereits in das eiterige Stadiu ist, ist nicht angezeigt; innerliche Behandlung ist nur mit Vo die Entzündung sehr akut ist, nicht, Injektionen erst dann z wenn der Entzündungsprozefs die Akme überschritten hat. (D kokken sofort in die Tiefe eindringen, bis auf den Papillarkör bei den adstringierenden Injektionen durch ihre tiefe Lage g wenn die blennorrhagische Entzündung ihre Akme überschritt die auf der Oberfläche des Epithels wuchernden Kokken direkt zugänglich.)

3. Die Intensität des topischen Eingriffes mufs der Aku zündung verkehrt proportioniert sein. Die Menge der — sanft mäfsig zu injizierenden — Flüssigkeit sei so grofs, dafs sie Dehnung der Schleimhaut, eine Ausgleichung der Falten, ein der Flüssigkeit in die Follikelöffnungen ermöglicht.

Es würde zu weit führen, wollten wir auf die Details d eingehen; aber jedem der sich für dieses Gebiet interessiert, dringend empfehlen, Einsicht von dem Buche zu nehmen, b dem im allgemeinen grenzenlos vernachlässigten Kapitel über Urethritis posterior, wo sich wohl fast alle zu den Anschauung bekennen und von seiner Erfahrung profitieren werden.

Ist der Prozefs chronisch geworden, so rät Verf. eine i Untersuchung erst dann vorzunehmen, wenn neben den Tripp schleimige Trübung des Urins mehr beobachtet wird.

Ehe man mit dem Endoskop untersucht, soll der P

plikation an den Reiz gewöhnt werden; widersteht eine chronische öe der instrumentellen Therapie, so ist das Endoskop indiziert.
en weiteren Kapiteln werden nun in gleich vorzüglicher und er- er Weise die Komplikationen der Blennorrhöe beim Manne: Ba- likuläre und kavernöse Infiltrate und Abscesse, Entzündung der en Drüsen, der Prostata, der Nebenhoden, Samenbläschen ken und Niere behandelt.
zweiten Abschnitte behandelt Verf. die Blennorrhöe des Weibes Komplikationen, im dritten Abschnitt die Komplikationen der öe beider Geschlechter.
e Teile fallen gegen das übrige Werk etwas ab, sie sind bei der lage des Buches dürftig weggekommen; besonders gilt dies aber en Abschnitt, mit Ausnahme des Tripperrheumatismus; man sehe auſserordentlich dürftig der wichtige Abschnitt blennorrhagische en behandelt ist. Was Verf. im Kapitel über Tripperrheumatis- uptet, dürfte kaum die Beistimmung der Chirurgen haben: das eiterigen Gelenkentzündungen sei selten Heilung mit Anchylose, Pyämie und letaler Ausgang. Heilungen mit vollkommener Er- er Funktionsfähigkeit des Gelenkes sind zur Genüge mitgeteilt, Ausganges in Pyämie würden sich die meisten Chirurgen — und — schämen.
efügt ist dem Werke ein sehr vollständiges chronologisch geord- eraturverzeichnis.
zweite Auflage wird gewiſs sehr bald nötig werden. Sollte Verf. ben gemachten Ausstellungen verbessern und das Register etwas ndigen, der Verleger auſserdem für Ausmerzung der massenhaften er sorgen, so würde das ausgezeichnete Buch dadurch noch mehr eifall verdienen.
nburg. VON DÜRING.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

er die Lungenlepra, von Dr. A. BONOME in Turin. (*Virchows* Bd. 111.) An einem Lepraleichnam, in dem, auſser den gewöhn- ankheitserscheinungen an der Haut, den Schleimhäuten, den Nerven, alisationen in fast allen Eingeweiden (mit Ausnahme der Nieren, enzentren und der Schilddrüse) fanden, auch im Knochenmark, pig dick, blutreich und auſserordentlich reich von Leprazellen Verf. die Gelegenheit benutzt, die Alteration der Respirations- w. der Lungen zu studieren, welche beim ersten Blick das Aus-

sehen einer Bronchopneumonia tuberculosa chronica mit
Lungencirrhose hatten. Abgesehen von einer starken granul
dickung der Schleimhaut des Kehldeckels, der Stimmbänder,
und des unteren Teiles der Stimmritze beobachtete man
Schleimhaut der Luftröhre und der grofsen Bronchien ein
Infiltration mit Anschwellung der peritrachealen und bronchi
die Bronchialschleimhaut erschien stark gerötet, geschwollen
dichten schleimigen Exsudat überzogen. Die Konsistenz de
vermehrt, doch nicht gleichmäfsig, da man hin und wieder
erbsen- teils haselnufsgrofse Knoten fühlen konnte, die bes
Oberfläche mit emphysematösen Partien abwechselten. Auf
grauen Schnittfläche zeigten sich zahlreiche, gelblichgrau
pigmentierte, leicht erhabene Knötchen, bisweilen isoliert,
zu wirklichen Knoten vereinigt. Einige dieser Knoten wa
stellten die Hyalinmetamorphose des Exsudats und der Le
Man hatte somit das mikroskopische Bild einer Bronchop
Peribronchitis indurativa oder einer Cirrhosis fibro-nodosa. Di
und bakterioskopische Untersuchung ergab, dafs man in W
darin gefundenen Bacillen von den Tuberkelbacillen unters
Nimmt man zu den bakterioskopischen Unterscheidungsme
die morphologischen hinzu, sowie die absolute Übertragungsu
Tiere durch Lungenparenchymimpfung, ferner das Vorh
charakteristischen Leprazellen in den interalveolaren Septi
Existenz einer wirklichen Lungenlepra als festgestellt angeseh

Ein Fall von Rankenneurom der Interkostalnerven
molluscum und Neurofibromen, von Dr. Pomorski in Greifsw
Bei einem 28jährigen Fischer ergab die Obduktion eine Kor
multiplen weichen Fibromen der Haut, Neurofibromen der
und der kleinen Zweige und einer seltenen Geschwulstbildun
Farbe und Konsistenz nach einem Myxofibrom entsprechen
gewundenen Verlauf aber der einzelnen Stränge nach de
Rankenneurome am ähnlichsten erscheint. Als Ergebnis
anatomischen und mikroskopischen Befundes stellte sich hera
nur die beiden Geschwulstarten durch den Nachweis von
untereinander, sondern auch dafs die beiden mit der Kran
der Pleura in einem engen Zusammenhange stehen, indem all
resp. dem in und um die Nerven liegenden Bindegewebe gebi

Ein Fall von einseitiger temporaler Hemianopsie
syphilitischer (gummöser) Arteriitis cerebralis, von Dr.
Prof. Baumgarten. (Ebenda.) Es handelt sich um einen 35jäh
der sich in seinem 23. Lebensjahre syphilitisch infiziert hat,
12 Jahre nach den der Infektion bald folgenden sekundären
eine rechtsseitige totale Oculomotoriusparese auftrat, ohne
zwischen irgend welche Symptome der Lues bemerkbar ge

hmung bildet sich unter der Anwedung von Jodkali und lokaler isation wenigstens so weit zurück, daſs der Patient durch Doppel- nicht mehr belästigt wird und recidiviert 15 Monate später; neben gt sich dann eine Parese des rechten Trochlearis und eine rechts- partielle temporale Hemianopsie. Während des ganzen Verlaufes cerebrale Allgemein- und Herdsymptome vollkommen. Die Obduk- gab am Anfangsstück der rechten Arteria corporis callosi, nahe dem g von der Carotis interna, ein etwas über hanfkorngroſses gelbes ien, welches sich als das Produkt einer Arteriitis cerebralis gummosa

Über die nervösen Störungen bei der Pellagra, von Dr. F. k. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 12.) Aus eignen Beobachtungen eritalien hat Verf. konstatiert, daſs in irgend einem Lebensalter, im Frühjahr, zuerst Magendarmerscheinungen auftreten, verbunden lgemeiner Muskelschwäche und Gemütsdepression, daſs damit häufig rythem an den entblöſsten Körperteilen mit nachfolgender Ab- ung einhergeht. Damit tritt Genesung ein, bis im nächsten Frühjahr Erscheinungen recidivieren und die von seiten des Nervensystems in ordergrund treten. Derselbe Turnus kann sich mehrmals wiederholen, nzelne Anfall immer weitere Residuen hinterlassen, so daſs es zu wirklichen „pellagrösen Geistesstörung“ mit gewissen spinalen Symp- kommt, bis sich schlieſslich ein chronisches Siechtum, die „pella- Kachexie“ ausbildet, die langsam zum Tode führt. In ihren leichteren n und jüngeren Stadien ist das Leiden heilbar. Was die nervösen gen anbetrifft, so tragen die kaum jemals fehlenden psychischen gen ganz vorwiegend den Charakter der Melancholie, die bis zum ausarten können. Einigemal beobachtete Verf. rein maniakalische nde, niemals Paranoia. Unter den cerebralen Affektionen figurierten Schwindelanfälle, seltener Zuckungen in einzelnen Gliedern vom kter der kortikalen Epilepsie; unter den Affektionen spinalen Ursprungs en die Parästhesien eine hervorragende Rolle ein, ferner Globusgefühl or allem ein überaus lästiges Hautbrennen, welches einen nicht un- chtlichen Teil der pellagrösen Selbstmörder ins Wasser treibt. Mo- he Reizerscheinungen wurden vielfach bemerkt. Unter 200 auf nreflexe untersuchten Fällen fand Verf. in $^3/_5$ derselben das Knie- omen gesteigert bis zu lebhaftestem Patellarclonus; in 23 dieser Fälle nd gleichzeitig Fuſsclonus und lebhafte Steigerung der Sehnen- omene an den Oberextremitäten; in 8 Fällen fehlte das Kniephänomen; n übrigen war es teils abgeschwächt, teils normal. Unter den vaso- rischen Störungen steht ein allgemeiner Kontraktionszustand der Haut- se mit Blässe der Haut, subjektivem und objektivem Kältegefühl, itet zuweilen von Cutis anserina, obenan, während lokale Ischämien Mydriasis nicht beobachtet wurden. Zu den trophischen Störungen rt die Hautaffektion, woher der Name rührt (Pellis agra = rauhe Haut).

Sie tritt vorwiegend auf dem Handrücken und dem unteren Vorderarmes auf; die Haut wird rot, schwillt an und schupp einigen Wochen in grofsen Lamellen ab. Nach mehreren Reci die Haut braun pigmentiert, verliert ihre Elastizität; das Un gewebe schwindet, es entstehen weifse Narben; in extremen G die Haut wie dünnes Pergament und läfst sich in Falten erh Gelegenheitsursache dieser Hautaffektion kann die Sonnenstrah sehen werden, doch gibt es eine „pellagra sine pellagra." Die häufig rissige, gefurchte Beschaffenheit, Entblöfsung von Epithel. den Eindruck einer Analogie zwischen dem Ergotismus und d erhalten, doch glaubt er, dafs es sich bei letzterer um eine S affektion des Rückenmarks handelt, und haben 8 Obduktionen er in 2 Fällen blofs eine Erkrankung des Hinterstranges, in den eine kombinierte der Hinter- und Hinterseitenstränge bestand.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Wirkung des Queck den Darm, von H. Kraus. (Ebenda.) Verf. veröffentlicht eine der Abteilung des Dr. Zarevicz in Krakau, in welchem es nac chymatösen Kalomelinjektionen von 0,10 pro dosi zu ähnliche nungen kam, wie Virchow es angegeben hat. Bei der Sektion schwere Dysenterie mit Perforation des Dickdarms konstatiert, s dieser Fall einen Beweis dafür liefert, dafs das Quecksilber, g von wo aus es dem Organismus einverleibt wurde, durch die ausgeschieden wird. Zu erwähnen ist noch, dafs schon am Tag machter Kalomelinjektion ziemlich starke Auflockerung des Z und der Wangenschleimhaut konstatiert wurde. Am folgenden stand an der Schleimhaut beider Lippen und an der Wangens ein dunkelgrauer Belag, profuse Salivation, foetor ex ore. Dazu reichliche Diarrhöe, in den nächsten Tagen spärliche, blutige brechen des gelbgefärbten Mageninhaltes und Anurie ein. Unt trat der Tod ein. Aufser den erwähnten Erscheinungen am D eine Nephritis parenchymatosa acuta gefunden, doch keine Kalkab in den Nieren, wie Senger erwähnt.

Beiträge zur Lehre von den Arzneiexanthemen, von Dr in Leipzig. (Ebenda. No. 14.) Der erste Fall, den L. veröffentli ein Quecksilbererythem infolge einer subkutanen Kalomelinjek 25jährige Patient, der schon angab, dafs er eine Idiosynkrasie ge silber besitzt, indem er bereits 2 mal nach einer kurzdauernden der Hände mit ½ oder 1 ‰ Sublimatlösung eine heftige Derm kommen hatte, acquirierte ein syphilitisches Primäraffekt an der und wurde ihm ½—⅔ Spritze einer Kalomelölemulsion (1 : 10 Schon nach 11 Stunden zeigt sich ein Erythem, das am Halse be sich über den ganzen Körper ausdehnt. Nach Abschuppung w tann. à 0,05 in Pillen gegeben und gut vertragen. L. ist der An es sich bei den Arzneiexanthemen um Störungen der vasomotorisch

; und zwar wahrscheinlich der Zentralorgane durch das im Blute
rende Medikament. Diese eigentümliche Wirkung auf die Gefäfs-
welche die verschiedenen Medikamente bei den prädisponierten In-
n ausüben, kann nun auch lokal, durch direkte Applikation und
gen des Medikaments in die Haut zur Entfaltung kommen. L. hat
t, bei einem Fall von Joderythem, den er beobachtet hat, auf expe-
llem Wege etwas zur Entscheidung dieser Frage beizutragen, und
ich auch in dieser Hinsicht ein Erfolg nicht ergeben hat, so glaubt
annehmen zu können, dafs Arzneiexantheme sowohl durch zentrale
rch lokale Einwirkung entstehen können.

ber die Mikroorganismen des Erysipels, von Dr. A. Pawlowsky
klin. Wochenschr. No. 13.) Die Frage, ob der Streptokokkus des
ls identisch ist mit Streptokokkus pyogenes, oder ob ein entschiedener
chied zwischen Erysipelkokken und Streptokokkus pyogenes gemacht
muſs, hat Verf. durch Experimente an weifsen Ratten, Kaninchen,
und Meerschweinchen zu lösen versucht, und haben dieselben er-
dafs bei Kaninchen die Impfungen typische Anfälle von Erysipel
, bei keinem der mit Erysipelkokken behandelten Tiere trat aber
iterung auf. Ferner untersuchte P., ob die Erysipelkokken immer
en typischen Prozefs auf allen Geweben und unter jeder Bedingung
rufen, oder ob sie bei besonderen Bedingungen, z. B. auf kranken
rgendwie alterierten Geweben etwa eine Eiterung, Gangrän etc. zur
haben können, und fand, dafs bei keinem der Tiere weder Eiterung
Gangrän auftrat; alle Erscheinungen waren nur die bekannten des
els. Bei Einführung der Erysipelkokken in den Pleurasack und in
utbahn traten niemals Eiterungen auf, wohl aber waren fibrinöse
dungen der Pleura und des Pericardiums zu konstatieren. Hiermit
auch die mikroskopische Untersuchung der erysipelatösen Haut des
nen und des Kaninchens, indem P. die Erysipelkokken immer nur in
ymphspalten und niemals in den Blutgefäfsen gefunden hat. Weitere
he haben ergeben, dafs die Anwendung von Kälte die Entwickelung
rysipelkokken fast gar nicht aufhält, desgleichen die Abschliefsung
icht. Dagegen fand die reichlichste Entwickelung der Kokken in
ch alkalischer Bouillon, schwächere Entwickelung in schwach saurer
on statt. Sublimat (1 : 1000) tötet sie in 15—30 Sekunden. Karbol-
(2 %) dagegen nicht; 1 % Kali hypermanganicum tötet bei 30 Se-
n. Trichlorphenol verhindert das Wachstum beträchlich; Alkohol
) tötet; Arg. nitr. (2,0—30,0) und Liq. ferr. sesquichl. verhindern
das Wachstum; Chinin (4,0—180,0) ebenfalls, ebenso Tinct. Jodi.

Über das Photoxylin, von Dr. W. Rosenthal. (*Therap. Monatsh.*
.). Das Photoxylin sieht genau wie die Kollodiumwolle aus und ver-
t in gleicher Weise, wie diese. Die Herstellung des Präparats ist ein
mnis der Firma C. Mann in Petersburg. Es unterscheidet sich von
Kollodiumwolle durch seine Lösungsverhältnisse in Alkohol und Äther,

indem es sich erst vollständig in gleichen Teilen Alkohol und doch nimmt man gewöhnlich 3 Tle. Alkohol und 1 Tl. Äth dem gewöhnlichen Kollodium ähnliche Konsistenz zu erzielen, eine 4 %, sondern eine 5 % Lösung des Photoxylins in Ä 10 % Lösungen sind gerade noch flüssig, während konzentriert schon gallertartig sind. Diese 5 % Lösung ist, was beson Jodoformphotoxylin deutlich hervortritt, von dem gewöhnliche noch dadurch unterschieden, daſs sie schneller erstarrt, gleichs blick. Sie bildet eine feste Decke, die sich durch eine längere keit auszeichnet. Verf. hat nun das 5 % Photoxylinum solutu ferner ein Photoxylinum elasticum (50 Tle. Photoxylinum 1 Tl. Ol. ricini) und ein doppelt elastisches Photoxylin, welch Beimischung von Ol. ricini enthält. Die gewöhnliche 5 % Lös starke kontrahierende Wirkung aus, das elastische Photox bildet eine glatte, schützende Decke, die sich Tage lang hält Jodoformphotoxylin hat Verfasser bei allen möglichen Hau Erythema ex frigore mit gutem Erfolge angewandt; zum De Flächen, die vorher mit dem Paquelin kauterisiert waren; zu der Stichöffnungen der bei Lues gemachten intramuskulären bei Furunkeln, die, frühzeitig bepinselt, sich nie weiter entwic Pyrogallussäure und Sublimat lösen sich in Photoxylin gut; währte sich bei syphilitischen Hautprodukten, besonders bei palmaris und plantaris. Das Chrysarobin dagegen bleibt ungel eine gute Suspension.

Zur Behandlung des Erysipels, von Dr. Hilsmann in K (Ebenda.) Nach Angabe eines alten Weibes aus Adrianopel bei einem Fall von Erysipel in folgender Weise: Die vom Erysi Partien der Haut wurden mit dickem Filz bedeckt und dar einem eben rot glühendem Eisen schnell über den Filz hin- und und so die vom Erysipel befallene Haut stark erwärmt. Diese war von sehr günstigem Erfolg begleitet. Bei gleicher Behan auch eine Lymphangitis nach Skorpionstich nach 2 maliger schwinden.

Über die schnelle (gewaltsame) Erweiterung der strikturen, von A. Bakó in Budapest. (*Berl. klin. Wochen* und 16.) Verf. hält die langsame Erweiterung nur bei Striktu Grades oder bei frisch entstandenen für zulässig; dem äuſseren schnitte räumt er enge Grenzen ein und behält ihn nur für g dere Fälle vor; deshalb zieht er bei der Behandlung obiger F innern Harnröhrenschnitt und die gewaltsame Erweiterung Zur Untersuchung der Striktur verlangt Verfasser, daſs die nicht katheterförmig gebogen und nicht zu rigide sind. Am zw gebraucht er die gewöhnliche, geknöpfte Wundsonde aus Silbe silber, die stärkeren aus weicherem Stahle oder Aluminium

ch muſs man natürlich dem entsagen, daſs man durch das Hervor- des Urins die Gewiſsheit gewinne, ob man in der Blase sei. In Hinsicht gibt es nur eine Richtschnur, und das ist das durch die verfeinerte Gefühl der das Instrument leitenden Hand und dann die Kontrolle von auſsen entlang der Harnröhre und vom Mastdarm aus. n mit der geknöpften Wundsonde die Striktur passiert, so benutzt ese als Leitsonde, bringt eine schmale, auslaufende Hohlsonde in die hre, um an der Leitsonde durch die Striktur zu kommen. In der derselben schiebt man an Stelle der herausgezogenen dünnen Sonde ckere vor, und nach einigen Minuten kann man einen Dilatator ein- Von den Dilatatoren wendet B. meistens den von THOMSON an; enkel desselben haben während der Erweiterung in der Mitte einen l von 10—12 mm. In der letzten Zeit wurde als lokales Anästheticum mit gutem Erfolge angewandt. Die Erweiterung geschieht stufen- ndem kleine Pausen gemacht werden. Nach Beendigung der Dila- wird ein englischer Katheter No. 10 eingeführt, welcher permanent bleibt. Nach 1—2 Tagen wird ein Katheter No. 11 eingeführt, und o. 12, der ebenfalls 1—2 Tage liegen bleibt; schlieſslich muſs der lernen, sich täglich einen solchen Katheter $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang ren. Diese gewaltsame Erweiterung wendet Verf. in allen Fällen, snahme der mit chronischer Urethritis komplizierten, an. Bilden groſse kallöse Massen die Striktur, oder wo sich auſserdem zu einer Striktur akute Entzündung und Harnifiltration gesellen, da ist der Harnröhrenschnitt indiziert. In 14 Fällen wurde die gewaltsame on mit Erfolg ausgeführt.

Berlin. L. HOFFMANN.

Österreich.

. KAPOSI. **Über Mykosis fungoides** und ihre Beziehungen zu ähnlichen Erkrankungsformen. (*Wr. med. Wochenschr.* 1887. —22.) Ein Fall dieser seltenen Erkrankung, den er in der Ges. zte in Wien vorstellt, gibt K. Gelegenheit, die bisher geltenden An- gen einer kritischen Übersicht zu unterziehen und mit der erheb- Anzahl von 7 derartigen Fällen, die K. bisher gesehen hat, zu chen. Der enge Rahmen eines Referates gestattet, unter Hinweis s Original, uns nur folgende Bemerkungen: Statt 2 Typen oder s, wie VIDAL u. a. annehmen, möchte K. drei aufstellen. 1. Ent- ng aus erythematösen oder ekzematösen Erkrankungsherden. 2. Ohne töses Vorstadium sofortiger Beginn charakteristischer Flecken etc. von BAZIN angegebene Entwickelung der fungösen Geschwüre auf intakt gewesener Haut (Type des tumeurs mycosique d'emblée,

Bazin), den K. selbst noch nie gesehen hat. K. läfst dann die
Nomenklatur Revue passieren und verwahrt sich gegen Hai
Köbners Deutung resp. Monita bez. seines als „Lymphodermia
(*Wr. med. Jahrb.* 1885) beschriebenen Falles, der nicht mit
sprochenen Affektion verwechselt werden kann.

Ebenso wie Köbner (1886) hat K. resp. Lustgarten trotz
mikroskopischer Untersuchung keine Mikroorganismen gefunde
Kaninchen vertrug ein Knotenstück unter seiner Rückenhau
lang con amore. Ziegler zählt, den Nachweis sicher erhoffend,
fungoides zu den infektiösen Granulationsgeschwülsten, Neisser z
Infektionskrankheiten. K. betont die nahe Verwandtschaft zu de
und erwähnt Siredeys mikroskopischen Befund in Vidals jü
(Strukturen von Sarcome embryonnaire, fasciculé und Myxo
betrachtet den Beginn dieser eigentümlichen Erkrankung er
Infiltrationsperiode und bezeichnet den oben erwähnten 2. u
neben seinem idiopath. multiplen Pigmentsarkom, wie 1870,
Form der Sarcomatosis cutis. — Ther. Arsen nach Köbn
Der Patient hat übrigens Erysipel durchgemacht, ohne dafs sei
einen aufsergewöhnlichen Rückgang eingegangen wären.

W. Roth. **Über haarförmige Bildungen an der Zu**
med. Presse. 1887. No. 26. 27.) Zwei Fälle hat V. rasch aufeina
1. 32jähriger Journalist, kräftig. Seit mehreren Jahren stum
Gefühl an der Zunge. Aus sehr ausgedehntem gelbbräunliche
heben sich dünne, braunschwarze, Haaren sehr ähnliche, faden
bilde, ½—1 cm lang. Die mikroskopische Diagnose Koliskos
haarförmigen Gebilde bestehen aus aneinandergelagerten verhornt
und dazwischen eingelagerten Haufen von Mikrokokken. Dies
kose bekämpft Roth mit 10 % Salicyllösung, dann Salicyl 1 :
Besserung; Patient bleibt leider aus.

2. Kräftiger Ingenieur, 30er, durch sehr übeln Mundgeru
und behindert. Am hintersten Zungenabschnitte kleine haar
bilde von gelblichweifser Farbe. Mikroskopisch derselbe Befu
Therapie, wie im ersten Falle, zu langsam wirkend, daher
20 %, dann 10 % Sublimatlösung. Nicht nur die belegte Zu
diese starke Pinselung, sondern auch nachdem von dem Be
eines Löffelchens möglichst viel weggekratzt war. Nach fünf
Zunge rein, Fötor verschwunden. Die Färbung der haarförm
schiebt R. auf das Rauchen; der zweite Patient mit den
Härchen raucht nicht.

M. Kaposi. **Über Erysipel.** (*Wien. med. Wochenschr.*
—35.) Dieses Kommissionsreferat — drei Chirurgen, zwei Derm
Wiener allg. Krankenhauses wurden beauftragt, über das Auft
Übertragbarkeit des Wunderysipels eingehende Studien anzus

sich auf 531 Fälle (d. i. die Summe des Bienniums Mitte 1882—84 ner allg. Krankenhause) mit 55 Todesfällen i. e. 10,3 %. Dann eidet K. die Fälle von E. faciei und die andrer Körperregionen, s. Bekanntlich ist K. der Ansicht, dafs aufser dem Fehleisenschen kkus auch andre pathogene Mikrophyten, wahrscheinlich aber hemische Zersetzungsprodukte organischer Substanzen und abge- Eiter als Quelle solcher E. erzeugen kann, d. h. allein, ohne Ver- g, quasi Patenschaft des Fehleisenschen Mikrokokkus. K. findet tze dafür auch in der jüngsten Arbeit von Grawitz und de Bary. rade bei allen Arten von Wunden ist Gelegenheit für die Bildung n reizender Substanzen aus sich zersetzenden organischen Geweben , und diese Fälle bilden ja das Hauptkontingent von E. Die tiven Fälle von E. faciei (73) zieht K. ab und erhält 263 E. fac. m bei 195 E. alias. Diese 263 Erys. fac. gen. haben 27 Todesfälle %. Diese relativ grofse Mortalitätsziffer bestimmt K. zur genauen cht der Obduktionsbefunde und er kommt zu dem — wie Ref. meint, hl anfechtbaren — Resultat, dafs nur 1 Fall direkten Todes durch anzunehmen wäre. (Das wäre fast 0,4 Mortalität und nicht 6,3 %, pag. 8 des Sep.-Abdr. irrtümlich unterlaufen ist.) Dann hat K. die in intern entstandene und b. in extern entstandene (alle mit der e E. oder „Status febrilis" Aufgenommenen, auch die am 2.—4. ach der Aufnahme angegebenen.) Von 531 Erysipelen waren 208 krankungen.

chs Punkte — die Isolierung etc. betreffend — schliefsen den Auf- n die Red. der *Wr. med. Wochenschr.* kurioser Weise in die Ab- „Feuilleton" eingesperrt hat. Diese Eigenthümlichkeit teilt die mit dem glänzenden Aufsatze Langs über den Unterricht in den schen Erkrankungen etc., den dasselbe Blatt im vergangenen Jahre möglichst unscheinbarsten Stelle (Feuilleton S. 8) zu bringen für gefunden hat.

ois Pajor (Schwimmers Klinik, Pest). **Über die Anwendung des bei Haut- und Syphiliskranken.** (*Wien. med. Wochenschr.* 1887.) An 60 Kranken versucht. Besonders vorteilhaft bei 2 Fällen hafter Angina mit hohen Schlingbeschwerden bei Essen und Trinken; Wirkung auch auf die Schleimhautentzündung. Bei schmerzhaften n, Operationen, quälendem Jucken (1—3 % Kokainsalbe bei letz- Einmal bei einer 48jährigen Wittwe von ¾ Spritze 10 % Kokain- n epileptiformer Anfall, drei Stunden anhaltend bewufstlos. Keine che Kokainvergiftung beobachtet.

inen Fall von **Argyrie der Urethra** demonstriert Grünfeld in der haft der Ärzte in Wien (11. November 1887). Vom Bulbus bis zur avicularis, von hinten nach vorne an Intensität zunehmend, ist die haut der Urethra schwärzlich verfärbt bis auf einige longitudinale,

zarte, weifsstreifige Narben. Pat. hatte längere Zeit 0,1 : 120, eingespritzt. (*Wien. med. Wochenschr.* 1887. No. 47.)

Auf der Klinik v. WINIWARTERS in Lüttich wird nach eine seines Assistenten FRAIPONT in der dortigen medizinisch-chirurgi schaft folgende **Behandlung des Erysipels** mit sehr gutem E wendet. Bei Erysipel der Extremitäten werden dieselben für in ein lauwarmes Sublimatbad, 3‰, gesteckt. Kann kein Bad werden, wird die ganze affizierte Fläche bis über die Grenzen tion mit Sublimat (3‰) gewaschen, hierauf wird die Wunde, falls mit derselben Sublimatlösung gewaschen wurde, mit in S tränkter Jodoformgaze bedeckt, die erysipelatöse Fläche bis dre über die Grenze der Rötung mit flüssigem Teer bestrichen un pressionsverband mit BUROWscher Lösung (Alum. crud. 5,0, cryst. 25,0, Aq. dest. 500,0) angelegt. Am nächsten Tage stö macerierte Epidermis in grofsen Fetzen ab, so dafs die Cutis blo wird nun wegen der grofsen Absorptionsfläche eine blofs ½ lösung gebraucht. In vier von FRAIPONT veröffentlichten Fälle Stillstand des Erysipels noch am selben Tage erzielt. U Wirkung hat FRAIPONT vom Sublimat nicht beobachtet; er h älteren granulierenden Wunden zu thun. Bei frischen ausgedehn mufs man mit dem Sublimat vorsichtiger sein. (*Wien. med. P*

Aus der kritischen Besprechung der 3. Auflage des KAPOS buches durch Prof. E. SCHWIMMER (*Wien. mediz. Wochenchr.* 18 heben wir einzelnes hervor. Der akute Pemphigus wäre besser rotischen Charakters „nicht entkleidet." Die neuere Syphili ist in abgerundeter Darstellung, die Tuberkulose-Lupus-Frag „selbstständigem Standpunkt" betont.

Oleum santali indicum hat H. LINHART **bei Gonorrhöe** angewendet. In Gelatinekapseln à 0,2 je 3 Stück früh und 1,2 pro die. Ist bis zum 10. Tage nicht besondere Verringerun flusses eingetreten, so gibt er 1,6 pro die, ja in seltenen Fällen

In allen Stadien der Gonorrhöe; Epididymitis, Katarrh de nicht Kontraindikationen.

Die Dauer der Darreichung betrug durchschnittlich vie (*Wien. mediz. Presse.* 1887.)

E. FINGER. **Beitrag zur Kenntnis des Leucoderma sy** (*Wien. med. Presse.* 1887. No. 15.) Nach einer knappen und er Berücksichtigung der bez. Litteratur berichtet F. über einen Lehrer, der an der rechten Wange einen ihn sehr entstellend losen, fast völlig haarlosen Fleck hatte. Am Nacken und Hals linsen- bis kreuzergrofse Flecke völlig weifser, sonst unveränder dem sonst sehr brünetten Patienten. Daneben ein gruppiertes Kn

nt jede Infektion leugnet, hat F. auf seine ehelichen Verkältnisse agen erstreckt. Sie ergeben: Heirat im 25. Jahre 1868. In den 869, 1870, 1872, 1874 je ein Kind, die, gesund, heute noch leben. ort im 6. Monat, faultotes Kind, 1880 etwas vor der Zeit ein iches Kind, das an „Pusteln und Flechten" litt und nach 2 Monaten 883 reifes, gesundes Kind, dafs auch 1886 gesund und kräftig ist. gab Jodkali, 2,0 pro die, graues Pflaster auf die syph. Tuberkel. Fleck an der Wange regelmäfsiges Rasieren, abends Waschungen . salic. 5,0, Spir. vin. gall. 250,0, darauf mit Merc. subl. corr. 0,3, aec. alb. 3,0, Lanolin-Vasel. ā 15,0 einzureiben. Die syphilitischen heilten sehr rasch ab, das Leukoderma am Hals und Nacken blieb ert. Der Fleck an der Wange besserte sich, schwarze Haare be- ieder daselbst zu wachsen. Seither (Dezember 1886) hat F. den nicht wieder (laut brieflicher Mitteilung an den Ref.) gesehen. t zu folgendem Resümee:

Ein Leucod. syph. behaarter Körperstellen kann mit zirkumskriptem Defluvium capillorum verbunden sein.

Das Leucoderma kann auch im tertiären Stadium zur Entwickelung kommen.

Es kann sich selbstständig, ohne vorausgegangene Effloreszenzen entwickeln.

Englisch. **Über Entzündung des Hodens und Nebenhodens nstrengung der Bauchpresse.** (*Wien. med. Presse.* 1887. No. 21 Die „Orchite-epididymite par effort" der Franzosen ist noch nicht ig erklärt und ist schwer zu diagnostizieren. Verfasser geht die gehörige Litteratur durch und berichtet dann über 7 eigne Fälle ündung der äufseren Geschlechtsorgane, die er beobachtet hat. ichtlich und mit Recht hat dabei E. diejenigen Fälle eliminiert, osition zu tuberkulösen Erkrankungen vorhanden, oder wo jemals höe vorhergegangen, oder wo direkte Traumen nachzuweisen waren. den in der Litteratur verzeichneten und bei den 7 Fällen E.s ie Ursachen der stärkeren Zusammenziehung der Bauchpresse: ner Last (13 mal), Verschieben eines Korbes (Vidal), starker Marsch), lange angestrengte Arbeit im Stehen (3 mal), Herabschwingen von he von 1½ Meter. — Die Wirkung des M. cremaster ist zweifellos kräftig. Aber auch Zusammendrücken der Gefäfse des Samen- kann zum Blutaustritt in das Gewebe des Hodens und Nebenhodens (Cfr. die als Hämatocele intratesticularis, parenchymatosa, Apoplexia beschriebenen Fälle.) Die Drehung des Samenstranges und damit fse (Nicoladoni, Englisch) bedarf noch weiterer Beobachtungen. — tont noch die Sorgfältigkeit der Exklusion obiger ätiologischen bei der Stellung der Diagnose und die Symptomatologie, die gleich r andren traumatischen Orch. und Epid. ist. Verlauf im ganzen eber kann fehlen; selten ist es heftiger. Prognose günstig, Eiterung

selten. Leicht Recidive bei unzweckmäfsigem Verhalten. The
Schmerz und Schwellung abgenommen haben; dann erregende
zuletzt feuchte Wärme, unterstützt durch Ung. plumbi, Jod
Vollbäder oder eine warme Quelle, bis die ganze Geschwulst
Nebenhoden) geschwunden ist.

M. Horovitz. **Zur mechanischen Behandlung der sy**
Psoriasis mucosae oris. (*Wien. med. Presse.* 1887. No. 42.)
plakia syphil., ein „Dauerprodukt der Lues", macht 1. se
subjektive Beschwerden, 2. führt ihr eigentümlicher Wachs
Epithelkarzinom. Schmerzen bei Zungenbewegungen, beim K
stark gewürzter oder saurer Speisen; profuse Speichelabsonder
peutisch ist H. gegen die Caustica, für den scharfen Löffe
näckigen Fällen 20—25 Sitzungen; besonders die grauen Gesc
sind zu entfernen. Schmerzen gering, Blutung unbedeutend.
schabten Stellen bestreicht H. mit einer Jodglycerin-, Borgly
10 % Arg. nitr.-Lösung. Bei sehr empfindlichen Patienten
Operieren 10 % Kokainlösung. H. rät, bis auf die Papillars
punktförmige Blutaustritte) vorzudringen.

Über Kalomelinjektionen bei Lues spricht Prof. Neu
Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 20. Jan. 1888 (*Wien. med.*
1888. No. 4). In mehr als 40 Fällen hat N. auch nicht annäh
folge erzielen können, die andre davon rühmen. Selbst n
höchsten Zahl von 18 Injektionen, Bei leichten Affektionen v
Kein Vorzug vor den andern Hg.-Präparaten, die zur hypo
Behandlung angewendet werden.

Über die **anatomischen Veränderungen der Haut bei**
von Copaïvabalsam zeigt N. in derselben Sitzung mikroskopisc
vor. Rundzellenwucherung an der Adventitia der Gefäfse
Hautfollikeln, die wie in einem Mantel eingehüllt erscheinen.
Cutis intakt. N. vergleicht diesen Befund dem bei Morbillen.

L. Frey. **Jodoform und Erysipel.** (*Wien. med. Presse.*
und 50.) Drei Fälle auf Mosetig-Moorhofs Abteilung h
Wirkung des Jodoforms auf Erysipel erklärt. Im ersten Fa
suicidii) glaubte er an einen Ausgang des Erysipels von einer u
bliebenen kleinen, und nicht von der Schufswunde, bei der
aber wurde er überzeugt, dafs das Jodoform es war, welches
und vielleicht die unmittelbare Umgebung für die Entwickelun
ungeeignet macht, allerdings eine Weiterverschleppung dersel
Wege der Lymphbahnen nicht hindern konnte. Im 2. Fa
Fraktur des rechten Unterschenkels, Erysipel an der Wang
migrans per totum corpus) wandert das Erysipel um die Kniew
sonst überall auftretend.

Milchsäure gegen Lupus der Nasenhaut hat Fano mit Erfolg in
n angewendet, wie er im ärztlichen Verein in Triest (8. November
mitteilt. Die Wirkung derselben hält F. für eine den Lupusbacillen
ber sterilisiernde. (*Wien. med. Wochenschr.* 1887. No. 51.)

COLICH (Triest) stellt in derselben Sitzung einen Fall von **spezifischer**
is vor. Initialsklerose vor 1 Jahre. Erfolgreiche antiluetische The-
4 Kalomelinjektionen (wöchentlich je eine) machten die Lähmungs-
hungen der unteren Extremitäten und der Harnblase schwinden.

. Jarisch. Über die **Prinzipien der topischen Ekzembehandlung.**
lbl. f. die ges. Therapie. 1888. No. 1.) Die rationelle Therapie des
zielt mehr nach der negativen als positiven Seite. Eine spezifische
Ekzembehandlung gibt es nicht; sie ist und wird stets eine sympto-
e bleiben.
ie Reizbarkeit der Haut ist das beherrschende Symptom. Je gröfser
um so indifferentere Mittel sind zu verwenden. J. unterscheidet:
austrocknende und deckende, mehr indifferente Mittel;
erweichende und macerierende Mittel;
Hyperämie vermindernde und die Kornifikation befördernde Mittel.
or den Mitteln der 2. Kategorie warnt J. in den Fällen von papu-
nd vesikulösen Ekzemen, wo es nichts zu macerieren und zu er-
n gibt; sie verschlimmern hier oft. — Reizlose Maceration bewirken
he Pflastermulle und besonders das Picksche Salicyl-Seifenpflaster.
achen den Gebrauch der Salben als Macerationsmittel vollkommen
ssig. J. bedauert, dafs wir an behaarten Stellen bis heute noch über
ndres Macerationsmittel verfügen, als die flüssigen Fette und die
ren Salben. — Bei sehr hoher Reizbarkeit der Haut wird selbst Picks
seifenpflaster nicht vertragen. Wo aber maceriert wird, ist jede
einzeln zu belegen. Sonst werden die dazwischen liegenden gesunden
auch ekzematös und konfluieren. Wo die Heilung trotzdem ausbleibt,
‚die Tendenz dazu." Es scheint uns, dafs J. ein absoluter Gegner
senmedikation bei Ekzem ist.

Die Präparate von zwei Fällen von **Melanosarkom** demonstriert
N in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (9. März 1888). 35jähriger
kleiner Naevus am Rücken, infolge angeblicher Läsion durch Kratzen
beiderseitige Axillarlymphdrüsenschwellung. Dieselben, exstirpiert,
sich rasch wieder. Tod an Marasmus. In Milz, Leber, Darm,
en, Pharynx grofse Anzahl von zum Teil ganz schwarz gefärbten
n. Im zweiten Falle Ausgang des Tumors am Bulbus, Exstirpation
ben, rasches Recidiv des Tumors, Tod. Viele Metastasen in den
n Organen.

Einen Fall von Kombination von **Syphilis mit Karzinom** demonstriert
im Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium vom 5. März 1888.

Syphilis kann den Boden für Karzinom vorbereiten und so beid
nebeneinander bestehen, (HUTCHINSON, LANGENBECK). LANG h
der Art beobachtet: 1. Neben andern syphilitischen Residue
gummöse Geschwüre an Nase, Wange und Augenwinkeln. Unte
litischer Therapie Vernarbung mit Ausnahme eines einzigen, das
eines flachen Krebses annahm und histologisch konstatiert wurde
litisches Infiltrat am Boden der Mundhöhle und sonstige Syn
Syphilis am Körper. Letztere bilden sich zurück, nur das I
Boden der Mundhöhle wandelt sich in Karzinom um. 3. Geschw
Unterlippe, heilt. Recidiv nach einem Jahre und Umwandlung in
4. (der demonstrierte Fall) Ausgedehnte Narben, Ulcerationen, I
der Stirn, Verlust der Nase, Defekt der Oberlippe, Perforation
Gaumens, seitliche Lagerung des Zäpfchens. Im Januar d. J.
an einzelnen Geschwüren an der Stirn weifse, talgähnliche Bel
später eine Wucherung am vordern Ende des Geschwürs am harte
die karzinomatäs aussah. WEICHSELBAUMS mikroskopischer Befu
auch für Epithelkrebs. Das Infiltrat über dem rechten Augenbr
hat sich vergröfsert und auch am Rande des Nasenflügels h
karzinomatöses Infiltrat gebildet.

München. P

England.

Pustula maligna und Anthrax mit Ipecacuanha lokal zu
empfiehlt EDWIN MUSKETT. Innerhalb 15 Jahren hat M. 50
Pustula maligna behandelt. Bei den 5 Fällen, die er heraus
Ipecacuanha stets sehr gute Erfolge gehabt und in wenigen Stun
rung des Allgemeinbefindens erzielt; das Delirium hört auf, Fieber
Pustel wird am nächsten Tage kleiner, die Eschara stöfst sich
Wunde heilt rasch. Diese guten Resultate stellt M. der Exzision
gischen Kauterisation entgegen. Geradezu gefahrbringend hält e
plasmen.

Wie Chinin bei Intermittens, Merkur bei Lues, ist die Ipeca
Specificum der Pust. mal. und des Anthrax. Dafs er bei Furu
dieselben Erfolge gesehen, beweist ihm, dafs Anthrax und Furu
identisch sind.

M. verdünnt die Ipecacuanha mit Wasser, vorwiegend mi
bis es einen Brei gibt, dann streicht er es breit auf die Pust
ödematöse Umgebung. Innerlich gleichzeitig 2—3 mal täglich
Ipecacuanha. Mehrmals hat er ein kleines Vesikator einige St
Applikation der Ipecacuanha vorhergehen lassen. In 4 Fällen v

tzten Jahre denselben Erfolg. (*Lancet.* 1888. 12. Februar. *Prov. méd.* rz.)

München. PAULY.

Norwegen.

Über die **Färbung der auf der Haut schmarotzenden Fungi** hat ECK in den Verhandlungen der medizinischen Gesellschaft zu Christia- einen mit Demonstration mikroskopischer Präparate verbundenen ag gehalten (*Forhandl. i. med. Selskab.* 1887). Seine Methode hat ihm gute Resultate gegeben, sowohl mit Favus als mit Mykosis tonsurans, sporon furfur, Mikrosporon minutissimum (BURCHARDT) und Sacharo- s sphaericus und ovalis (MALASSEZ Sporen). Die Epidermisschuppen oder e werden, nachdem alles Fett durch Alkohol und Äther entfernt ist, lgende Färbelösung gebracht: 16 Teile einer fünfprozentigen Borax- g, 20 Teile einer gesättigten wässerigen Lösung von Methylenblau und eile destilliertes Wasser. Hier werden sie ½ bis einige Minuten bt, dann während ungefähr desselben Zeitraumes in eine schwache, pore gefertigte Resorcinlösung, wodurch die Färbung haltbarer wird, zt einige Minuten bis eine Stunde in Alkohol. Um eine vollständige rbung der Epidermis zu erzielen, kann man eine kurze, vorsichtige uchung in verdünnte Wasserstoffhyperoxydlösung vornehmen, nachher e Minuten Ausspülung in Alkohol, Erhellung in Xylol (nicht Nelkenöl) Aufbewahrung in Kanadabalsam mit Xylol.

Diese Methode hat vor der gewöhnlichen Kalimaceration entschiedene ige, besonders die haltbar zu sein und eine sehr schöne, isolierte Blau- ng der mykotischen Elemente zu geben.

Über **Ekzema circinatum** s. seborrhoicum **thoracis** hat BOECK auf lben Stelle (*Magazin f. Loger.* Heft 4. 1888) eine Besprechung mit nstration gegeben. Diese langsam verlaufenden, ringförmigen, mit fettigen ppen bedeckten Ekzemplaques faßt er wie UNNA als mit Ekzema rhoicum capitis identisch auf und glaubt, daß Mikroparasiten die dursache seien, während starke Schweißsekretion die spezielle Lokalisation oziere. In den Schuppen hat er außerordentliche Mengen von Sacharo- es (MALASSEZ' Sporen) durch seine oben referierte Färbungsmethode gewiesen und diese (wie OUDEMAN und PEKELHARING) auf Kartoffel- ben reingezüchtet. Wenn es ihn auch nicht geglückt ist, den stringen- Beweis zu führen, daß diese Organismen die eigentlichen Krankheits- ger sind, zweifelt er doch nicht daran, weil sie in so außerordentlich en Mengen in den Schuppen gefunden werden.

In der **Behandlung des Ekzema infantum** hat BOECK (*Tidssk. f. Medicin*) sehr gute Resultate mit einer gemischten Applikation von Solut. t. argent. 1 : 400 und Diachylonsalbe gesehen. Bei diesem hartnäckigen,

mit quälendem Jucken verbundenen Hautleiden schwindet der die Exsudation schnell, wenn die Umschläge durch 2—3 Stun täglich gemacht werden und die übrige Zeit mit der Salbe ver Eine längere Applikation der Höllensteinlösung wirkt eher nac trocknende Wirkung derselben geschieht vielleicht besonders d sie die Keratinisierung der Epidermiszellen fördert, während umschläge die Zirkulation von Blut und Lymphe erleichtern.

Kopenhagen. E. Ponto

Amerika.

Dr. W. H. Dewitt berichtet in der *Cincinnati Lancet Clini* über einen von ihm beobachteten Fall von **Scarlatina sine e** bei einem siebenjährigen Kinde. Die Temperaturverhältniss Rachensymptome boten genügenden Beweis für die Richtigkei nose, welche überdies durch die gleichzeitige Erkrankung zw mit unverkennbarem Scharlachexanthem über jeden Zweifel erh Abgesehen von gewissen Störungen von seiten der Nieren g Patienten während der nächsten 5 Tage ganz gut, als sich p gedehnte Purpura haemorrhagica einstellte. Selbigen Ab der Vater, dafs die Zehen des Kindes sich schwarz zu färb Als Dr. D. am folgenden Morgen den Knaben sah, waren die Blutextravate schon sehr beträchtlich; sie erstreckten sich über rechte Hüfte, die ganze Glutäalgegend, sowie rechts über Vorderarm und Hand; ferner waren die linke Hand, die Hand das rechte Ohr befallen. Auch fanden sich verschiedentlich kle über den ganzen Rumpf verstreut. Dieser reichliche Bluterg kutane Gewebe war von höchstgradiger Schwäche und Blässe b ist als direkte Ursache des letalen Ausgangs anzusehen.

Dermatologische Erfahrungen Eines Jahres. (One y matology.) Bericht der Abteilung für Hautkrankheiten im Cha zu New Orleans 1887, von Dr. Henry Blank, New Orleans. (*M Journ.* Febr. 1888.) Obiger Bericht ist zum Zweck, die relativ gewisser Formen von Hautkrankheiten darzulegen, abgefafst. zahl der verzeichneten Fälle beträgt 373; von diesen b 21 Neger, ein Verhältnis, das sehr bemerkenswert erscheint, die beträchtliche Anzahl von Schwarzen unter der Bevölke Stadt bedenkt.

Akne	3	Neavus unius lateris	1
Akne rosacea	1	„ naevus vascularis	1
Albinismus	1	Pediculosis capitis	17
Chloasma	1	„ corporis	15
Degeneratio unguium	1	„ pubis	7
Dermatitis	3	„Pemphigoide Affektion“	2
„ calorica	2	Pernio	1
„ exfoliativa	1	Prurigo	1
„ traumatica	5	Pruritus cutaneus	12
„ veneneta	9	Psoriasis	3
Ekzema	87	„ haemorrhagica	1
Ekthyma	4	Seborrhoea	7
Elephantiasis Arabum	2	Sarkom der Haut	1
Epitheliom der Haut	5	Scabies	17
Erythema simpl.	1	Skleroderma	2
„ multiforme	3	Scrophulosis	4
Erysipelas	3	Sycosis non parasitaria	1
Furunculosis	4	Syphiloderma	56
Herpes zoster	13	Trychophytosis barbae	3
Hydroa	1	Purpura	3
Hyperidrosis	3	„ capitis	4
Impetigo	1	„ corporis	4
„ contagiosa	8	„ pubis	4
Lepra	22	Tinea faevosa	1
Lichen tropicus	1	„ versicolor	7
Lupus erythematosus	1	Ulcus	3
Morphoea	1	Urticaria	2
Molluscum fibrosum	3	Vitiligo	3

Der eine in dem Bericht enthaltene Fall von partiellem Albinismus ifft einen jungen 16jährigen Octoron, der die Affektion mit auf die t brachte; im Laufe der Jahre ist nur wenig Veränderung in derselben getreten. Es finden sich zahlreiche weifsgefärbte Hautpartien mit rfer hyperpigmentierter Umrandung über den ganzen Körper verteilt gröfsten derselben besitzen einen Durchmesser von zwei bis drei Zoll sind von wechselnder Gestalt. Die kleineren, auf den Knöcheln lisierten Flecke sind meistenteils von rundlicher Gestalt mit einem i bis drei mm grofsen Durchmesser. Auf der sonst normalen Kopf- warte zeigen sich einige zirkumskripte Gebiete mit weifsen Haaren. Sensibilität ist stets durchaus normal gewesen.

Eine besondere Eigentümlichkeit bietet die Lokalisation dieser Flecke, em dieselben fast ausnamslos die mehr hervorstehenden Teile, seien es cherne oder andre Prominenzen, z. B. die Ellbogen, Kniee, Malleolen, mbeinkämme und besonders deren Spinae betreffen. Die Knöchel sind weifslichen Flecken bedeckt. als ob die Pigmentablagerung mittels einer

Nagelbürste weggerieben worden sei. Eine weitere bemerkens
tümlichkeit zeigt dieser Fall ferner in dem pigmentierten Rand
der sonst bei angeborenen Affektionen dieser Art stets fehlen s

Von den 22 Leprafällen sind 2 mit Tod abgegangen,
übrigen 20 sich hier noch aufhalten. Vier derselben werden a
abteilung des Krankenhauses behandelt. Von diesen Patient
der kaukasischen Rasse angehörig und männlichen Geschlechts,
4 Knaben unter 17 Jahren; weiblichen Geschlechts 5 kaukas
2 Negerinnen, und endlich 2 Neger. In New Orleans einheimis
in Louisiana und anderswo 5, aus Deutschland waren 5, E
St. Louis 1.

In 11 Fällen überwog die tuberkulöse Form, während
die anästhesierende Form mehr ausgesprochen erschien; bei
6 Individuen bestanden beide Arten ziemlich gleichmäfsig nebe

Durch die Anwendung von Chaulmoograöl tritt alsbald
allen Formen der Krankheit ein, doch schreitet die Besserung
3 Monaten dieser Behandlung nicht mehr so schnell vorwärts,
Dosis nicht gesteigert wird, hört dieselbe völlig auf, oder e
eine Verschlimmerung des Leidens ein.

Der einzelne Fall von Morphoea betrifft ein Mädchen vo
das mit Ausnahme verschiedener Anfälle von Wechselfieber stet
gesund gewesen war. Dauer 3 Jahre. Es zeigten sich zue
Kinn, dann auf dem Halse einige weifsfarbene Flecke; die erst
allmählich ab und hinterliefsen an Stelle des Pigments weifs
elfenbeinartig glänzende Stellen, während die Flecke auf dem
lich unverändert geblieben sind. Am Kinn ähnelt die Affekti
gezogenen Narbe; die Haut ist dort vollständig konkav ein
war vor Beginn der Behandlung bei der Aufnahme dem dar
lichen Knochen fest adhärent. Aufser den erwähnten Flecke
noch eine Flatsche und glänzende Pigmentablagerung gleichen
dem Abdomen. Dieselbe nimmt ihren Anfang über der Crist
Ileum, zieht nach vorwärts und abwärts auf beiden Seiten in
wenig scharf begrenzten Streifen bis zur Grenze des Mons
darauf rückwärts und abwärts auf der Innenfläche beider Hü
dort plötzlich enden. Über diesen Gebieten ist die Haut in
hyperästhetisch.

New York. TILDEN

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI in Felsberg.)

Verschiedenes.

ng von Sommersprossen nach Dr. Halkin. Nachdem die Haut und getrocknet ist, spannt man sie mit zwei Fingern und bringt fen Karbolsäure genau auf den Fleck. Nachdem er getrocknet Operation beendet. Die Haut wird weifs und die schwache Em- on Brennen verschwindet in wenigen Minuten. Die dünne Kruste, n dem Brennen entsteht, darf nicht verletzt werden. Sie stöfst lbst in 8—10 Tagen ab und läfst eine rosige Färbung zurück, er normalen Hautfarbe weicht. (*New England Med. Monthly.*) hat jedenfalls konzentrierte Karbolsäure angewendet, um einen Erfolg zu erzielen. Es ist deshalb bei Anwendung derselben eboten, da eine zu intensive Ätzung nicht ohne Narbenbildung irde. Ref.]

Personalien.

Dr. Michelson in Königsberg, der übrigens, wie berichtigend ben werden mufs (s. pag. 398), sich doch für Dermatologie habili- ist ein poliklinisches Ambulatorium für Haut-, Nasen- und Hals- ffnet worden.

Aus der Praxis.

3. **Therapie der kokkogenen Sykosis.** (s. No. 16. pag. 345.) e Heilung der gewöhnlichen, kokkogenen Sykosis ist eine viel e Aufgabe. Nicht als wenn wir nicht eine grofse Zahl guter sen, um die Kokken abzutöten und zugleich die resultierende der Follikel zu beseitigen; sondern weil es ungemeine Aus- dert, die parasitären Keime in allen ihren Schlupfwinkeln zu nd sämtlich zu vernichten.

anzen und grossen wird man am besten fahren, wenn man sis behandelt wie eine Furunkulose und das Terrain behufs Einwirkung rasiert. Man kann dann in schlimmen Fällen be- rbol-Quecksilber- oder Resorcin-Pflastermull tragen lassen, oder r eine nächtliche Behandlung gestattet ist — einen Zink- lbenmull nachts über applizieren, worauf dann jeden Morgen ten Haarbälge epiliert, ausgewaschen und einzeln mit Resorcin- %) betupft werden. Die ganze Reihe der reduzierenden Mittel: chthyol, Resorcin, Pyrogallol, Chrysarobin kann alsdann auch Salbenform (2—5 %ig) oder in Form feucht gehaltener Um- esonders Ichthyol 10 %) zur Verwendung kommen; ebenso die

Quecksilbermittel, besonders als graue Salbe, durch Karbol- (bis 1 %) Sublimatzusatz verstärkt.

Gröfsere Schwierigkeiten erwachsen nur, wo die Haar welchen Gründen stehen bleiben sollen. Alsdann müssen na und Auswaschung der bereits vereiterten Haarbälge Einpin Zinkschwefel- oder schwacher Resorcin-Sublimatsalbe in möglic Zustande folgen. Doch dauert eine solche Behandlung stets v

Alle chirurgischen Mafsnahmen sind überflüssig und gef Skarifikationen wirken momentan sehr günstig, führen abe impfungen der Kokken herbei. Die Epilation en masse ohne Au nur neue Herde der Infektion. Mithin empfehle ich lediglic latio necessitatis", die Ausziehung der Haare aus bereits gan Bälgen, um diese (mit Karbol, Resorcin oder Sublimat) besser zu können.

Hat man durch obige Mittel die Sykosis beseitigt, so ebenso wichtige Nachbehandlung und Prophylaxis, ohne welc Sicherheit Recidive zu erwarten hat.

Dahin gehört vor allem die Behandlung des sykotischen der viel öfter vorhanden ist, als die meisten Ärzte und selbst glauben. Nasendouchen mit 1%iger Ichthyollösung, lange Z jeden Tag zweimal vorgenommen, wirken hiergegen sehr gut. mit überfetteter Sublimatseife, Rasieren mit derselben Seife jedes etwa neu auftretenden Eiterpünktchens durch Ausziehung den Haares und Ätzung desselben durch Betupfen mit obige Lösungen oder einem zugespitzten Sublimatpastenstift, allabe reiben mit einem schwachen Resorin- oder Sublimatvaselin b Barte oder mit entsprechenden Pasten bei geschorenem no Zeit hinaus — das sind etwa die Mafsregeln, bei deren pü folgung die Patienten von Recidiven verschont bleiben.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratu

Behrend. *Leukopathia, Leukoderma.* (Eulenburgs Realencyk

— *Über Alopecia areata und über die Veränderungen der Haare* (Virchows Archiv. 1887. Bd. 109.)

Bizzozero u. Varsale. *Über die Erzeugung und die physiolog ration der Drüsenzellen bei den Säugethieren.* (Ebenda. 18

Goldscheider. *Über Ataxie u. Muskelsinn.* (Verhandl. d. P sellschaft in Berlin. 1887. No. 18.)

— *Über die Grenzen der Wahrnehmung passiver Bewegungen.* f. Physiologie. 1887. No. 10.)

— *Über die Topographie des Temperatursinnes.* (Verhandl. Gesellschaft zu Berlin. 1887. Nov. 16. u. 17.)

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg und Leipzig.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richt

lonatshefte für Praktische Dermatologie.

d VII. No. 12. 15. Juni 1888.

us dem dermatologischen Laboratorium von Dr. Unna in Hamburg.

Nachweis von Quecksilber auf elektrolytischem Wege.

Von

Dr. Ziegeler.

In der *Zeitschrift für angewandte Chemie.* 1888. Heft 10 fentlicht C. H. Wolff, Blankenese, die von ihm vereinfachte rolytische Quecksilberbestimmung (s. das Referat in dieser mer).

Dank privater Mitteilung habe ich nach der Wolffschen ode bereits seit Anfang dieses Jahres in der Dr. Unnaschen atologischen Klinik Quecksilberbestimmungen im Harn aus- rt und dabei die grofse Empfindlichkeit, wie die elegante ührung der Wolffschen Methode zu konstatieren Gelegenheit bt. Nur einen Übelstand, auf den auch Wolff schon auf- sam macht, habe ich anfangs schwer empfunden, es ist die nträchtigung der Empfindlichkeitsgrenze durch die im Harne esenden beträchtlichen Mengen organischer Substanzen. Wolff iehlt diese durch Salzsäure und chlorsaures Kalium zu zer- n. Die Zerstörung organischer Substanzen ist aber selbst den Chemiker eine wenig angenehme Arbeit und bei An- lung vergoldeter Kathoden — wie ich solche bisher benutzt — geradezu gefährliche, da die geringste Menge zurückgehal- n Chlors das Gelingen verhindert, dadurch, dafs das Gold Kathode in Lösung geht. Sicherer und vor allen Dingen cher kommt man daher zum Ziele, wenn man zur Zer- ng des Organischen übermangansaures Kalium anwendet, bediene ich mich dieser Abweichung mit gutem Erfolge.

Die festen Bestandteile des Harns betragen durch
knapp 5 %, von denen 4/5 organischer, 1/5 anorganis
sind. Man nimmt an, daſs ein Teil übermangansaur
imstande ist 5 Teile organische Substanzen zu verbren
nach würden 0,8 g genügen, um die in 100 ccm Harn e
organischen Verbindungen zu zersetzen; ich habe ohne N
den Verlauf der späteren Elektrolyse stets 1 % überma
Kalium angewendet.

Zur Ausführung verfahre ich folgendermaſsen:

150 ccm Harn werden in einer Porzellanschale
Becherglase mit 1,5 g festem Kaliumpermanganat ve
auf kleiner Flamme gelinde erwärmt. Sobald alles
permanganat gelöst und zu Mangansuperoxydhydrat
worden ist, hört man mit dem Erwärmen auf un
100 ccm des Filtrats werden, der beträchtlichen Meng
denen kohlensauren Salzes wegen, mit 5 g (Wolff nim
Schwefelsäure versetzt, die entweichende Kohlensäu
kräftiges Schütteln möglichst entfernt und nun die s
Flüssigkeit ganz nach der von Wolff angegebenen
der Elektrolyse unterworfen.

In den meisten Fällen ist das erhaltene Filtrat völ
aber nicht immer, der Farbstoff des Harns scheint ni
gleich leicht zerstörbar zu sein. Aber auch bei
Filtraten setzen sich keine organischen Stoffe mehr
Kathode ab; die Sublimation des Quecksilbers und die
desselben gehen ohne jede Schwierigkeit von statten.
leicht ist es, bei geringem Material, das Quecksilberjodi
mikroskopisches Deckglas zu sublimieren; da dieses äuſs
ist, so wird es meistens früher warm, als der Inhalt
mationsrohres selbst, infolge dessen sich das Sublimat
flüchtigt; ich habe mich daher bei den meisten Versuch
begnügt, die Kristallform des gelben Sublimats im Gla
mit Hilfe der Lupe zu konstatieren.

Pariser Briefe.

Von

P. G. Unna.

II.

en ruber planus hypertrophicus. — Lichen planus annulatus. — en planus atrophicus. — Lichen obtusus. — Lichen acuminatus. — Pseudolichenöse Affektionen.

Paris, den 30. April 1888.

Lieber Freund!

Die ersten Schränke im Museum Baretta, deren Schätze einem eingehenden Studium unterwarf, waren, wie Sie sich ken können, die mit Lichen bezeichneten. War ich doch zwei Jahren gespannt auf den Ausgang der Frage, ob der hen acuminatus wirklich in Paris nicht vorkomme, und ob rseits unser Lichen acuminatus nicht vielleicht doch identisch mit der Pityriasis rubra pilaris, der Krankheit von ERGIE, was die Franzosen heutzutage nach der letzten Arbeit Brocq und dem Aufenthalt von Lustgarten in Paris zu ben geneigt sind. Ich hoffte, im Museum Baretta diese gen, für mich wenigstens, entscheiden zu können; aber nicht s diese Hoffnung erfüllte sich, ich hatte auch die Freude, ne nun vollends gesicherte Überzeugung von mehreren der ser Kollegen, die an den täglichen Diskussionen im Museum 9—11 Uhr vormittags teilnahmen, adoptiert zu sehen.

Doch ich will nicht von den ganz seltenen und problemati- n Fällen beginnen, sondern von dem Kern der Lichen- mlung, und diese bilden fraglos die Fälle von echtem Lichen nus. Die ganz platte Form ist verhältnismäfsig seltener delliert worden; viel öfter die hypertrophischen Formen, die h zwei Richtungen auseinandergehen, indem entweder die pertrophie der Stachelschicht (resp. des Papillarkörpers) oder der Hornschicht (Lichen corneus) vorwaltet. Von diesen

extremen Umformungen des Planustypus findet sich ei
Anzahl vor. Ich nenne nur einige hervorragende Fälle

No. 772. Lichen plan hypertrophique. BESNIER. Stark erhab
grofse Papeln mit dunkelpigmentierter Aureole.

No. 667. Lichen planus. FOURNIER. Eine ungemein stark hyper
warzige Form.

No. 1015. Lichen planus. HALLOPEAU. Dieser prächtige Fall
linkes Bein mit grofsen, grauen, unregelmäfsig geformt
trophischen Papeln bedeckt, welche sämtlich auf il
fläche eine Menge typischer, glänzender, weifser
zeigen.

No. 524. Lichen plan corné. VIDAL. Ein grofser, hypertrophis
am Unterschenkel.

No. 1199. Lichen verruqueux. LAILLER. Arm und Bein mit
stark erhabenen Papeln bedeckt, die eine dicke
tragen.

Die bei längerem Bestande hervortretende Pigmer
findet sich auch in einigen Modellen in vorzüglich
nachgebildet, z. B.:

No. 688. Lichen plan de la jambe et du cuir chevelu. VIDAL.
am Bein sind stark erhaben und völlig schwarz. Auch
deprimierte Stelle am Kopf ist pigmentiert.

No. 257. Lichen plan. BESNIER. Ebenfalls stark pigmentie
am Bein.

Auch der oben genannte Fall No. 772 und mehr
gehören hierher.

Eine weitere, höchst interessante, ringförmige Neu
der Planusform findet sich in klassischer Ausführung

No. 629. Lichen planus annulatus pruriginosus. VIDAL. Das M
einen linken Unterschenkel mit einer grofsen Anzal
licher, zum Teil hypertrophischer Planuspapeln. Da
sind eine Reihe Ringe von Groschen- bis Thalergröfse
deren braune, derbe, glänzende Ränder ihren ebenfalls
Ursprung verraten. Diese schmalen Ränder fallen n
steil und mit ziemlich scharfer Kante, nach innen
und umschliefsen ein atrophisches, fast normales,
mentiertes Zentrum.

Dieser Fall war von grofsem Interesse für mich.
innern sich jenes Herrn im vorigen Jahre, welcher a
schenkel ganz ähnliche schmale, braune, derbe, glänzen
trug. Ich stellte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Liche

gleich keine gewöhnlichen Planuspapeln vorhanden waren, und rglich den Zustand mit der gyrierten Form der Psoriasis. er Unterschenkel No. 929 im Museum BARETTA beweist, dafs nsre damalige Annahme richtig war.[1]

Eine andre mir vollständig neue Abwandlung des Lichen anus ist der atrophische Lichen von HALLOPEAU.

. 1226. Symmetrisch in der Mitte der Innenseite beider Vorderarme befindet sich je ein länglicher, etwa thalergrofser, weifsgrauer Fleck, der von fern etwa den Eindruck einer umschriebenen Sklerodermie macht. Bei näherer Betrachtung ergibt sich jedoch, dafs diese flachen, gleichsam in die Haut eingelassenen Platten nicht in der Cutis liegen, sondern aus stark verhornter Oberhaut bestehen. Ein rötlicher Saum umgibt ihren unregelmäfsigen Kontur, und als besondere charakteristische Eigentümlichkeit tragen sie in der Mitte, siebartig nebeneinander, eine grofse Anzahl von kreisrunden Grübchen, offenbar früheren Hornperlen entsprechend.

Die letztgenannte Eigentümlichkeit sowie die Beobachtung ALLOPEAUS, dafs gewöhnliche Planuspapeln die atrophischen peln einleiteten, machen die Diagnose zu einer zweifellos htigen. Es besteht hier also ein Ausgang des Lichenprozesses, geradezu als Umkehrung der gewöhnlichen Planusentwicke- g bezeichnet werden kann, da statt der Oberhauthypertrophie e Atrophie von Oberhaut und Papillarkörper, statt der tiefen gmentierung Schwund des Pigments, statt der Hornperlen ensoviele leere Grübchen erscheinen. Diese Form reagiert auch f Arsenik innerlich und Sublimat äufserlich, aber nur langsam. s Allgemeinbefinden wird nicht gestört.

Sie sehen, dafs wir in der Schilderung dieser atrophischen rm HALLOPEAUS eine sehr wichtige Ergänzung unsrer Kennt- se des Lichen planus verdanken.

Reine Fälle von Lichen obtusus scheinen, nach den Mo- llen BARETTAS zu urteilen, erheblich seltener in Paris zu sein

[1] Das Vorkommen dieser annulären Form des wahren Lichen ruber cht es zur Notwendigkeit, dafs alte englische Synomym für das Ekzema orrhoicum, den WILSONschen sogen. „Lichen annulatus serpiginosus", ein alle mal zu streichen, auch wenn derselbe nicht bereits als eine orrhoische Affektion erkannt wäre. Denn er würde zu einer neuen nfusion unnötigerweise Anlafs geben.

als reine Planusfälle. Immerhin sind eine ganze Reihe Nachbildungen auch dieser Form des lichenösen P vorhanden, welche sich durch die halbkugelige Vor des Papillarkörpers, den Mangel starker Hyperkerato gröberer Schuppen und die isolierte, zentrale Hornp Planusform gegenüber charakterisiert. Ich will zwe anführen.

No. 1197. Lichen corné à grosses papules. Lichen ruber obtusus. 1886. Jeune Femme très nerveuse; 29 ans. — Le siégent exclusivement sur les membres. a. main gau pules cornées, plates, sans exfoliation appréciable de cornée, présentant, surtout vers le poignet nettemer pression centrale. Une ou deux papules seulement doigts; elles sont accumulées à la paume prnprem b. avant bras, papules cornées, pigmentées, prése sommet une légère excavation de la cornée; quelques en regression laissant une cicatricule ou une macule pig c. face dorsale. Sur le dos de la main les papule qui ne sont pas bridées par une couche cornée aussi qui ne sont pas soumises à des pressions, sont plus et présentent, typiquement, le point cornée, ombilica puis l'élargissement jusqu' à la forme en anneau. — L est trés prurigineuse.

No. 1241. Lichen plan. QUINQUARD. Das linke Bein eines Säugli mit sehr charakteristischen Papeln von Obtususform die von Pfefferkorn- bis Erbsengröfse, lividrot und sind.

Ich erwähne den ersten Fall, weil BESNIER hier s Diagnose: Lichen obtusus, gestellt und derselbe wirklich vollendet reiner Form ausgeprägt ist. Sie sehen dara diese Form jetzt auch in Paris anerkannt wird. De Fall ist ein neuer Beweis für die öfter von mir beton sache, dafs der generalisierte Lichen der Säuglinge Kinder in den ersten Lebensjahren stets die reine Obt besitzt. Andre Formen in diesem Alter habe ich no gesehen. Allerdings sind hier die ziemlich gleich grofse von kleinerem Umfange als gewöhnlich bei Erwachsenen.

Im übrigen finden sich einzelne Obtususpapeln zerst den Planusfällen und den sicheren und zweifelhaften Fä Lichen acuminatus, zu denen ich mich jetzt wende.

Einen Fall, so typisch, dafs prima vista die Diagnose Lichen natus die einzig mögliche erscheint, habe ich allerdings im Museum BARETTA gefunden. Dagegen stehe ich keinen nblick an zu erklären, dafs wenigstens zwei, wahrschein- noch einige andre Moulages als echte Lichen acuminatus- diagnostiziert werden müssen. Der eine Fall, dessen ich chersten bin, weil ich das Vergnügen hatte, mit dem Autor QUAUD denselben zu besprechen, ist der folgende:

277. Lichen plan. QUINQUAUD. Auf einer Tafel befinden sich modelliert die linke Hand mit einem Teil des linken Vorderarms von der Palmarfläche und der rechte Handrücken nebst angrenzendem Vorderarm. Diese Regionen sind offenbar gewählt, weil hier die Affektion an die gesunde Haut grenzt und die Effloreszenzen mehr isoliert stehen. Neben einer grofsen Menge Acuminatuspapeln finden sich einige Obtususpapeln, und einige Acuminatuspapeln fliefsen zu kleinsten Planusflecken zusammen. Herr Dr. QUINQUAUD berichtete mir, dafs dieser kleinpapulöse Lichen universell aufgetreten und in einigen Monaten gutartig abgelaufen sei.

Der andre für mich sichere Fall von echtem Lichen ruber natus, über den ich mir leider vom Autor VIDAL keine unft erbitten konnte, da dieser verehrte Kollege durch einen rfall in der Familie von Paris ferngehalten wird, betrifft:

348. Lichen ruber. VIDAL. Ein linker Vorderarm mit Ellenbeuge ist vollständig besäet mit kleinen, akuminierten glänzenden Papeln, welche den Haarfollikeln entsprechen. In der Gegend der Ellenbeuge ist die Haut etwas gerötet und zeigt oberflächliche Kratzspuren, sonst ist sie bleich und gelblich.

An diese Fälle schliefsen sich einige Mischfälle an von n acuminatus und obtusus, z. B.:

198. Lichen plan. QUINQUAUD. Die rechte Brust zeigt Acuminatus- und Obtusus-Papeln gemischt. — Am rechten Handrücken bilden sich Planuspapeln, und die linke Palmarfläche zeigt sehr schön jene pockenähnlichen durchscheinenden Papeln der Hohlhand, wie sie den generalisierten Acuminatusfällen bei akutem Auftreten eigentümlich sind.

1061. Lichen planus. HALLOPEAU. Brust und Bauch eines generalisierten Lichen ruber-Falles, dessen Effloreszenzen auf der Grenze von Acuminatus und Obtusus stehen.

Im grofsen und ganzen habe ich den Eindruck
dafs in Paris die chronischen Lichenfälle bei we
wiegen und damit jene Planusfälle mit wenigen isolierte
derben, hypertrophischen und stark pigmentierten Pa
wenigen Obtusus- und noch spärlicheren Acuminat
Museums BARETTA zeigen schon durch ihre frischere
die Gleichartigkeit in Gröfse und Gestalt der viel za
Papeln, dafs es sich hier um akutere Fälle handelt,
sind eben in Paris spärlicher.

Ich bin aber überzeugt, dafs eine einzige kleine
akut auftretender Fälle, wie ich sie 1882—1883 in
erlebte, auch hier eine grofse Reihe typischer Acun
zeitigen würde mit allen jenen Symptomen nervöser
wie sie diesen Fällen eigen ist und wie Sie sie z
wieder an einem typischen Falle in meiner Klinik zu
Gelegenheit haben. —

Ich darf übrigens nicht vergessen zu erwähnen,
einziges Modell der Sammlung den Namen: Lichen
trägt, obwohl es mit dieser Krankheit nicht das m
thun hat.

No. 879. Lichen acuminé. OLLIVIER. Es stellt die linke Le
grende Bauchgegend eines Mannes dar, welche mit dic
bräunlichen, grauen bis schwarzen, den Follikeln ent
Schuppenhügeln fast vollständig bedeckt ist. Es
hier offenbar um eine sog. Ichthyosis follicularis, eine
Zustand, d. h. entweder um einen besonderen Fall
Ichthyosis oder um einen keratoiden Naevus, ab
einen wahren Lichen, geschweige denn einem Li
acuminatus.

Hieran kann ich eine ganze Reihe von Fällen
in welchen die Diagnose Lichen überhaupt unstatthaft
zweifelhaft genannt werden mufs. Abgesehen von de
von Lichen pilaris (Nr. 58, LAILLER; Nr. 937, LA
Lichen scrophulosorum (Nr. 401, VIDAL; Nr. 594,
welche besser von der Lichen ruber-Gruppe ganz getren
finden sich da einige Modelle, welche viel eher ve
Arten trockener Ekzeme gleichen als dem wahr
ruber, so:

Lailler (Ekzema seborrhoicum?). .
Lailler.
Lailler. (?)
Lichen agrius ferox. Vidal (?).
Lichen circiné. Hillairet. (Ein sicherer Fall meines Ekzema folliculorum).

e Modelle erinnern allzusehr an die Pityriasis rubra

Lichen. Lailler.
Lichen. Fournier.

Kopfzerbrechen hat mir auch ein sog. Lichen hypertro- Vidal bereitet.

Lichen hypertrophique. Vidal. Hier liegt wahrscheinlich eine Kombination von zwei ganz verschiedenen Affektionen vor (Ekzema und Syphilis?). Das Skrotum ist verdickt, gerötet und mit hervortretenden Follikeln besäet, der mons veneris ebenfalls bedeckt mit stark hervortretenden follikulären Papeln. In beiden Kruroskrotalfalten intertriginöses Ekzem mit je einer länglichen, etwa markgrofsen, steil sich erhebenden, roten, kondylomatösen Wucherung, die an der Oberfläche glänzend, vielleicht etwas feucht erscheint. Am After befindet sich eine ähnliche, aber ulcerierte Wucherung nebst stark entzündlicher Veränderung der Umgebung.

falls wäre es eine dankbare Aufgabe für einen Pariser die Frage des sog. Lichen cachectique einer Prüfung zu unterziehen. Liegt hier wirklich die ne Degeneration eines wahren Lichen ruber vor? Oder das Endstadium eines universellen, sehr alten Ekzems, Kombination eines solchen mit Syphilis? Oder — oder Reihe solcher ketzerischen Fragen erfüllen gewifs den s jeden aufmerksamen Beschauers, wobei die Ähnlich- gewissen Formen unsers grofsen Sammeltopfes: is rubra Hebrae wohl nicht zuletzt auftaucht. Ein Beispiel:

38. Lichen cachectique (Herpétide maligne). Fournier. Stark erhabene, schuppige, sehr ausgedehnte Plaques von bläulichroter, livider Farbe am Rumpfe. Am Handrücken bedeutende hornige Auflagerungen. Nägel hochgradig onychogryphotisch verändert, von einem blauroten, entzündlich geschwellten Nagelwall umgeben.

Alle diese schönen Modelle von Pseudo-Lich
auszuweisen und besser zu gruppieren wäre eine seh
Aufgabe für einen zukünftigen Direktor des Museums.

Doch, ich sehe, dafs mein heutiger Brief sich
Lichengruppe — ins Ungemessene dehnt, und ich
noch nicht einmal anhangsweise über zwei in Deutsch
unbeschriebene Krankheiten berichtet, welche in Fra
her, aber, wie ich hoffe, nicht in Zukunft, in al
Kontakt mit der Lichengruppe stehen. Ich mufs
erfreuliche Aufgabe für den nächsten Brief versparen.

III.

Erythrodermia chronica scarlatiniformis. — Pityriasis r

Paris, den 1. M

Sie werden aus dem gestrigen Briefe den Eindruc
haben, dafs die so wichtige Gruppe des Lichen
Museum BARETTA in ungemein reicher Weise vertrete
berechtigte Streben unsrer Zeit, eine ätiologische
Stelle eines ganzen Haufens historisch getrennter M
setzen, führt notgedrungen auch zu einer radikalen
der Lichengruppe. Während wir auf der einen Sei
nugthuung eine ganze Reihe von ätiologisch-different
ausscheiden, lernen wir auf der andren Seite wieder
Erscheinungsweisen und Evolutionen des echten Lich
kennen, so den Lichen ruber corneus, den Lichen rube
den Lichen ruber atrophicus.

Dieses sind wahre Bereicherungen unsrer Kenn
der morphologischen Variabilität und Leistungsfäh
Lichenprozesses. In Deutschland werden wir in Z
wachsames Auge für diese Varietäten haben und uns
sischen Kollegen zweifelsohne ein ebensolches für d
ruber acuminatus, dessen Endstadien von HEBRA s
Anfangsstadien von mir in Deutschland zuerst beschr

Nun, diese Abscheidung des wahren Lichen rube
pseudolichenösen Affektionen erstreckt sich auch noch
bei uns sehr unbekannte Dermatosen, mit denen ich

alten will. Es findet sich da ein schönes Modell eines
en von HALLOPEAU, welches die Etikette

8. Lichen ruber scarlatiniforme trägt. Die linke Lende wird fast ganz eingenommen von einer mäfsig papulös erhabenen, gut umschriebenen, dunkel himbeerfarbigen Fläche, an deren Grenzen die elementaren Läsionen als leicht erhabene oder ganz flache, senfkorngrofse bis erbsengrofse, nicht scharf umschriebene, sondern mit Ausläufern versehene, nicht glänzende, himbeerrote Flecke zu sehen sind, die den Eindruck von Purpuraflecken machen. In der Mitte der Gesamtfläche treten mehrere blaurote, livide Partien durch ihr dunkleres Kolorit hervor. Pigmentierung fehlt.

eim Mangel von glänzenden Lichenpapeln, Hornperlen, enderer Desquamation und schärferer Begrenzung bleibt er Name Lichen unverständlich; auch enthält das Modell l Blau und zu wenig Gelb, um eigentlich den Namen niforme zu verdienen. Ein zweiter Fall, ebenfalls von PEAU, erklärt vielleicht zum Teil diesen ersten:

0. Lichen plan. Unter dieser allzukurzen Bezeichnung sehen wir das rechte Bein einer Frau bedeckt mit ganz ähnlichen himbeerfarbigen und blauroten Flecken, die an gewisse Formen von Purpura erinnern. Daneben gemahnt aber hier allerdings eine leichte Abschuppung und kleine, eben wahrnehmbare papulöse Erhebungen an Lichen ruber. Übrigens bin ich nicht in der Lage zu sagen, ob HALLUPEAU diesen Fall seinem Lichen ruber scarlatiniforme wirklich anreiht oder ob er nur mir und andern französischen Kollegen in dieselbe Kategorie zu gehören scheint.

er erste Fall würde also für mich in unverstandener ung geblieben sein, wenn nicht zufällig wiederum auf der ung von HALLOPEAU ein analoger, höchst problematischer er zur Zeit sich befände, der zu einer Diskussion zwischen PEAU, BESNIER, BARTHÉLÉMY und mir Anlafs gegeben

Denken Sie sich einen Mann von mittlerem Lebensalter. Rumpf ist in diffuser Weise tief scharlachrot gefärbt, ebenso und Beine in grofser Ausdehnung, doch löst sich hier die Färbung auf in Reihen flacher, scharlachfarbener Hügelchen, uf den ersten Blick allerdings Lichenpapeln bis auf den so ausgesprochenen Glanz recht ähnlich sehen. Scharf abge-

schnitten hört die Röte an den Hand- und Fufssohlen, würdiger Weise auch an den Ellbogen, Knieen und H auf, so dafs diese Regionen in seltsam starkem Ko ganz weifse, gesunde Haut aufweisen, ohne Unterbrec ein einziges Papelchen. Das Gesicht ist ebenfalls Weise gerötet. Die Röte weicht nur zum Teil unter druck. Abschuppung existiert nirgends in merklichem war auch während des ganzen Bestandes nicht vorhan

Nehmen Sie hinzu, dafs dieser Zustand der Haut naten unverändert besteht, dafs der Patient nicht kommen, sondern leidlich gut genährt aussieht, dafs über Jucken, aber nur ein sehr geringes, mehr dageg fortwährendes Hitzegefühl zu klagen hat, gerne offe liegt und durchaus nicht an jenen Frostschauern leid Lichen acuminatus-Kranker, so haben Sie einen annäh griff von dieser merkwürdigen Krankheit. Ich las vollständig dahingestellt, ob dieser Fall und die beid wähnten Modelle eine Krankheit darstellen; die ebe kurze Andeutung genügt zu zeigen, dafs hier wirklic gesprochene, sogar höchst intensive Scharlachröte in erklärt ist und zugleich ein papulöses Element der existiert, welches keine weiteren Veränderungen ei wohl mit der Lichen ruber-Papel verglichen zu werd — der Begriff „Lichen ruber scarlatiniformis" erschei den ersten Blick so übel nicht.

Eine weitere Untersuchung ergibt nun aber, dafs, dort, wo an den Extremitäten vereinzelte Papeln vork Haut stark spannt, die Papeln einsinken und fast ve Allerdings nicht vollständig — ein Punkt auf den I Recht hinwies. Besonders, wenn man die elastische stark dehnt, gewahrt man, dafs an Stelle der früheren kleine Verdickung, ein rötlich-bräunliches Knötchen i zurück bleibt. Läfst man die Haut nun wieder sic zusammenziehen, so tritt sofort die intensive Röt gröfserem Umfange als das kutane Knötchen wieder Hornschicht runzelt sich über demselben; damit i Lichenpapel äufserlich ähnliche Hügelchen wieder

ieht jedoch, daſs es in Wahrheit etwas ganz Anders ist:
tisinfiltrat noch unbekannter Natur mit übermäſsiger Aus-
g des zugehörigen Gefäſsbaums und konsekutiver Über-
g der bedeckenden Hornschicht. Aufserdem fehlt der
rtige Glanz der nackten, die Schuppen der übrigen
papeln, die Hornperlen, die Pigmentierung nach langem
de.

ALLOPEAU hat sich denn auch bereits entschlossen, den
des Lichen für diese Affektion ganz fallen zu lassen und
n nichts präjudizierenden Namen: Dermatitis chronica
niformis oder besser wohl noch Erythrodermia[1] chronica
niformis zu geben, da wir eine stationäre Entzündung
titis) von so langem Bestande wohl nicht annehmen können.
wäre die Lichen ruber-Gruppe um eine fragwürdige
herung ärmer und wir um eine merkwürdige Dermatose
HALLOPEAUS Beobachtung reicher.

uf der andren Seite habe ich vorzügliche Gelegenheit
, die Pityriasis rubra pilaris (DEVERGIE) zu studieren,
enn ich hier nur diese Erkrankung genauer kennen gelernt
hre vollständige Verschiedenheit von allen lichenösen
kungen, die für mich immer schon feststand, so klar und
los eingesehen hätte, so wäre meine Pariser Reise allein
belohnt. Die entsprechenden Modelle BARETTAS, 12 an der
von 5 verschiedenen Kranken, gehören mit zu den schönsten
useums und geben ein recht anschauliches Gemälde von dem
teindruck dieser Patienten.

Das charakteristische Element der Krankheit sind weifse,
lartige Hornkegel, welche genau den Haarfollikeln ent-
en. Daher sind solche Stellen die typischsten, wo einzelne
ollikel isoliert vorkommen, wie z. B. die Rückenhaut der
Fingerphalangen; hier finden wir stets eine hübsche Gruppe
10—20 weifsen Hornkegeln in völlig gesunder Umgebung,
die Affektion noch nicht die ganzen Hände ergriffen hat.
n die Krankheit sich über den ganzen Körper ausbreitet,

[1] BESNIER hat für „Rötung der Haut" den kurzen Namen „Erythro-
e" eingeführt.

werden zuerst immer in insolierter Weise die Haar
fallen. Daraus resultiert eine eigentümliche Konfig
Hornmassen. An Knie und Ellbogen, wo die Hornkeg
die gröfste Höhe erreichen, stehen dieselben eng g
konzentrischen Linien, etwa wie ein dichter mit dic
lage bedeckter Tannenwald auf einem Hügel. So z.

No. 728. Pityriasis rubra pilaire. Besnier. Die rote Farbe
ist hier durch weifse Hornmasse vollkommen verde

An Armen und Beinen, Rücken und Schulter
Hornkegel im allgemeinen etwas niedriger, sie fliefse
Ketten zusammen und stellen so in ihrer Gesamtheit
erhabener weifser Leisten dar, welches in sehr grobe
die bekannten Haarrichtungslinien wiederholt. Hi
bezeichnend das Modell einer Schulter No. 973 (Bes
Gesicht (Modell desselben Falles No. 973) sind die
noch niedriger und weniger kontinuierlich, aber bei e
merksamkeit findet man auch hier die Haarrichtungsl
von einzelnen Follikeln ausgehend, wieder.

Dafs die Affektion übrigens durchaus nicht an
follikel gebunden ist, sondern nur von ihnen ausgeht,
am besten an dem Befallensein der Palmarflächen der
der Nägel. Die ersteren zeigen das Bild eines diffuse
die Nägel zeigen dagegen eine besondere Art der Onyc
Die Affektion schiebt sich von vorn her unter der
Nagels, befällt also primär das Nagelbett und führt e
eine Defiguration der Nagelplatte herbei. Indem das
vorn in der Mitte dicke Hornschicht produziert, wir
Nagelplatte emporgehoben und erscheint dabei seitlich
primiert und nach dem freien Rande zu längsstreifig
kanneliert. Alles dies sieht man an dem Modell

No. 369. Pityriasis rubra pilaris. Besnier, welches eine rec
Vorderarm darstellt.

Ich habe bis jetzt nur die Ausdrücke Pityriasis
erklärt, aber noch nicht das Beiwort rubra. Dieses
der Rötung her, welche die Basis aller Hornkegel und
die Gesamthaut in mehr oder minder hohem Grade
die Hornkegel sehr vereinzelt stehen, ist gewöhnlich

gerötet. Wo aber gröfsere Flächen befallen sind, finden mmer auch Strecken, welche zwischen den Hornkegeln eine ive Röte des Grundes zeigen, und diese roten Flächen en an Ausdehnung mit dem Alter der Affektion zu. Vor sind die Hände, die Dorsalflächen der letzten zwei ngen und die Palmarflächen derselben häufig sehr stark t und unterscheiden sich dann an diesen vereinzelten itäten in garnichts von denselben Regionen bei einem Fall Pityriasis rubra Hebrae. Mehrere Modelle zeigen diesen nd der Hände, so:

012, N. 670, No. 972, sämtlich nach Kranken von Besnier.

Was mich aber am meisten frappierte, war der Umstand, die roten, etwas geschwellten Partien gegen ihre Umgebung scharf abgesetzt erschienen (so z. B. No. 1012). Offenbar Parakeratose des Follikeleingangs ein erstes, die Parakeratose begleitender Hyperämie der dazwischenliegenden Haut ein es, höheres, zu stärkeren Reizsymptomen entwickeltes. In dieser cht entsprechen die roten Plaques und gröfseren roten en der Pityriasis rubra pilaris den hin und wieder vor- nenden geschwellten, juckenden und selbst nässenden Stellen gewöhnlichen Ichthyosis. Auch diese letzteren fasse ich nur eine höhere Stufe desselben ichthyotischen Prozesses auf, ner gewöhnlich nur Schuppen erzeugt. Überhaupt sind der hrungspunkte der Pityriasis pilaris mit der Ichthyosis so viele, es wohl der Mühe wert ist, einen Augenblick bei der rentialdiagnose zu verweilen.

Zunächst ist der Ausgangspunkt der ichthyotischen Parakeratose allgemeine Oberfläche, derjenige der Pityriasis rubra pilaris Follikelmündung. Daraus resultiert dort eine von vornherein rechte, hier eine stark geknickte, wellige Schichtung der massen. In der Folge bricht die ichthyotische Horndecke rlich auch in polygonalen Feldern, die pityriatische in Kegeln Leisten bei den Bewegungen der Haut. Nur bei maximaler ammlung von Hornsubstanz wird dieser Unterschied verwischt. ganz leichten Fällen und im Anfange zeigt sich die Ichthyosis an den Ellbogen, die Pityriasis rubra an dem Rücken der en Fingerphalangen.

Sodann gehört die auf die Dauer nie a
permanente Hyperämie nur der Pityriasis pilaris an; si
im Anfange und an vielen Stellen fehlen.

Drittens unterscheidet sich die Hornsubstanz selbs
Krankheiten. Alte ichthyotische Schuppen werden
gelbgrau und schliefslich braun bis schwarz, stets lock
Zusammenhang soweit, dafs ein permanentes Abschup
Bei der Pityriasis rubra pilaris hingegen ist die Horn
es scheint, fester, die Abschuppung ist gering, und die
erscheint auch an alten Fällen rein weifs. Die f
Kollegen versichern mich, dafs die Schwärzung
Ichthyosis hier nie eintritt — ein auch sonst noch
bares Faktum. Denn es zeigt, wie oberflächlich die
Annahme ist, dafs die Schwärze alter Hornmassen du
bedingt sei. Sie wissen, dafs ich die Schwärzung auf
tionsprodukt des Keratins, die Hornfarbe, zurückf
durch eine Zersetzung der Hornsubstanz, besonders
sich bildet und durch Behandlung mit Oxydationsmi
in eine helle Substanz umgewandelt wird.

Viertens gibt es Stellen, wo die Ichthyosis, sel
höchsten Graden, nicht oder nur spurweise sich ausbil
sind die Kontakt- und Schweifsstellen der Haut. D
rubra pilaris erstreckt sich auch dahin.

Fünftens erinnere ich an die ganz eigentümliche
geworfenen und seitlich abgeplatteten, kannelierten
der Pityriasis rubra pilaris.

Sechstens endlich erfahre ich von den Pariser K
die Pityriasis rubra pilaris nie früher als in der zw
der Kindheit beginnt, während die Ichthyosis bekan
schon im zweiten Lebensjahre vorhanden ist.

Abgesehen von diesen und gewifs noch anderw
bislang unbekannten Differenzen ist jedoch die Ich
jenige Krankheit, welche sich der Pityriasis ru
(Devergie) am meisten nähert. Beide sind eminent
Hautkrankheiten von universeller Ausbreitung, welche
Hornproduktion einhergehen, nicht jucken, das Allge
sehr wenig oder garnicht stören und sehr schwer zu bes

Je mehr die Pityriasis rubra pilaris sich aber der Ichthyosis
t, um so weiter entfernt sie sich von der Lichengruppe. Sie
a auch nur mit dem Lichen acuminatus zusammengestellt
en, aber welche absolute Verschiedenheit! Nach der eben
enen Schilderung der Pityriasis rubra pilaris ist es für Sie
nötig, dafs ich noch einmal darauf näher eingehe.
Ich will nur von seiten des Lichen ruber acuminatus noch
l darauf hinweisen, dafs derselbe — meist erst im reifen
nsalter — unter stürmischen Erscheinungen von seiten des
ensystems akut einsetzt, stets das Allgemeinbefinden beein-
tigt und oft eine schwere, ja bei mangelnder, zweckmäfsiger
ndlung selbst zum Tode führende Krankheit ist, — dafs
anentes, zuweilen unerträgliches Jucken und Frostschauer
ominierende Symptome derselben sind, dafs die Hyperämie
Lichen acuminatus zunächst mit den Juckanfällen kommt
geht, allmählich aber ganz universell wird, — dafs hier das
löse Element kein permanenter Hornkegel, sondern eine
ergehende spasmodische Erscheinung ist, vergleichbar einer
sken cutis anserina, die im Verlaufe der Affektion wieder in
allgemeinen Hyperämie und Schwellung des Papillar-
pers verschwindet, dafs fortdauernd Abschuppung und stets
bei allen Lichenarten allmählich tiefe Pigmentation statt-
t, — dafs bei geeigneter, energischer äufserer Behandlung
ch der Lichen acuminatus in einigen Wochen vollständig
auf die Dauer zu heilen ist. Alles das ist ja bei der
riasis rubra pilaris ganz anders, geradezu umgekehrt, und ich
deshalb nicht noch einmal die Kehrseite der Medaille be-
hten und zeigen, dafs der letzteren auch jedes echt lichenöse
ptom fehlt, vor allem die wachsartig glänzende Lichen-
el selbst.

Wollte man die Pityriasis rubra pilaris durchaus mit etwas
henoidem vergleichen, so wäre es die gewöhnliche Hyper-
atosis follicularis, leider heute noch überall Lichen pilaris
annt, aber nie und nimmermehr ein Glied der Lichen ruber-
ppe. Denn jedes Glied dieser Gruppe hat, wie es bei
cher Ätiologie ja auch nicht anders sein kann, die Eigenschaft,
s es an irgend einer Stelle des Körpers oder zu

irgend einer Zeit des Verlaufs Übergäng
andern Gliedern der Gruppe erkennen läfs
sich beim Lichen acuminatus hin und wieder Planus
Und eine jede neue lichenähnliche Erkrankung, we
That solche Übergänge zeigt, müssen wir in die L
Gruppe aufnehmen (so den Lichen ruber annulatus,
Aber nie und an keiner Stelle haben die Fälle vo
dermia chronica scarlatiniformis (HALLOPEAU)
asis rubra pilaris (DEVERGIE) bisher eine Transf
ein echtes Element des Lichen ruber-Prozesses wahrne
und deshalb müssen wir sie scharf davon trennen und
den Namen Lichen auf sie anzuwenden.

Zur Lehre vom Lichen ruber.

Von

Dr. S. RÓNA,
ordinierender Primararzt in Budapest.

Bisher hatten wir aus den Arbeiten der Wi
lischen und französischen Schule annehmen zu müss
dafs Lichen ruber und Lichen planus eine wese
tische Krankheit seien, nur dafs diese Krankheit na
auch eine schwere Form mit akuminaten Knö
weise.

Im Jahre 1883 begegnen wir aber dem Amerika
SON, der aufser Lichen planus WILSONI nur ein
Fall von L. ruber HEBRAE gesehen hat und auf d
Fall und auf seine mikroskopischen Befunde sich st
Lichen ruber HEBRAE völlig vom Lichen plan
Er erklärt beide für ganz verschiedene Kr
prozesse. Er schreibt vom Lichen ruber, ohne die
acuminatus hinzuzufügen: „Im Anfang erscheint er in
1. disseminiert, von hell- oder braunroter Farbe, di
sistenz, konisch und die Spitze bedeckt mit einer fe
trockenen, weifsen, schuppigen Masse, welche sich rau

ch disseminiert und gleich grofs wie die vorigen, aber sie von wachsartigem Glanz. Die Oberfläche ist glatt, abdet und hat eine kleine zentrale Depression. Diese zenDepression entspricht der Mündung eines Haarfollikels."
Aufserdem beschreibt er aber unter Lichen planus n Amerika heimische Form. (Siehe auch UNNA

Die Beschreibung des Lichen ruber ist der zweiten schen Schilderung entnommen, und ROBINSON bemerkte daſs HEBRA bei jener Schilderung in der zweiten Knötchenden Lichen planus WILSONI skizziert, und beschreibt noch t den letzteren. Selbstredend ist diese Begriffsverwirrung end, um in den mikroskopischen Befunden keine unerlichen Beweise für die Trennung des L. ruber vom s zu sehen.
Nach ROBINSON soll der Lichen ruber eine Parakera- der L. planus einen entzündlichen Prozefs darstellen. müssen nebenbei bemerken, daſs AUSPITZ [89] beide als eratosen hinstellt.)
Das Knötchen des Lichen ruber soll sich nie, das des s aber ja in die Peripherie ausbreiten. Die Planuspapeln n sich bis zur Erbsengröfse ausbreiten, aber eine grofse wird nie durch peripheres Wachstum einer einzelnen gebildet, wie dies bei Psoriasis vorkommt. Bei Lichen s sollen Haare und Nägel unverändert bleiben.
Ebensowenig wie die Trennung der beiden Lichene n wir schon nach den bisher Angeführten die Behauptung lassen, daſs Haare und Nägel bei Lichen planus stets ehrt bleiben.
Im selben Jahre haben wir 3 Arbeiten aus dem jungen schland vor uns von BOCKHART [54], von WEYL [40] und HORNKOHL [42].
Von BOCKHART haben wir einen Fall von L. ruber vor uns, elchem in 21 Tagen vollkommene Zurückbildung der akuten Knötchen stattgefunden haben soll nach Anwendung UNNAschen Salbe. Das Leiden bestand seit 12 Wochen. finden keine nähere Angabe über Morphologie der Knötchen

und Wesen der Krankheit, aber das können wir schon
dafs dieser Fall die Annahme eines schweren Lich
mit akuminaten Knötchen nicht unterstützt.

Weyl ist der erste in Deutschland, der die Ide
L. ruber Hebrae mit L. planus Wilsoni betont
L. ruber acuminatus gar keine Erwähnung thut.
Weyl der erste, der die Umgestaltungen der e
normal oder leicht gelblich gefärbten flachen E
heiten — der primären Effloreszenzen — gena
und eingehend ihre Morphologie beschreibt. Die Pa
die früher sehr klein, glänzend, flach, schu
waren, werden gröfser, roter, zuweilen spi
mit Epidermishügelchen bedeckt. Diese Knötch
sie sehr gedrängt nebeneinander stehen, haben das Ge
Reibeisens.

Letzteres Faktum bemerkten schon die französische
bei einzelnen Fällen des Lichen planus, und dadurch
wir wieder in die Lage konstatieren zu müssen, da
bei Vorhandensein einer grofsen Zahl von
mit Epidermisschüppchen bedeckten Knötc
Lichen ruber acuminatus oder mixtus nicht ang
werden mufs.

Vorzüglich, und mit den französischen Autoren
stimmend, beschreibt Weyl die gewöhnlichen und hy
schen Plaques, den Lichen corné, lehrt wie Héguy
stammung dieser Gebilde von den primären Knötcher
erwähnt auch, dafs die Lichenkranken mit der Zeit
Er beobachtet auch (wie schon andre Autoren) das Aus
Haare im Gefolge des Lichen planus.

Neu ist bei ihm die Beobachtung vorang
Erkrankung der Nägel in einzelnen Fällen von
planus.

Hornkohl bespricht den L. ruber acuminatus nach
Kaposis; aus eigner Erfahrung scheint er ihn nicht z
Trotzdem vergleicht er beide Formen, indem er behau
die bei L. planus später auftretenden Schuppen z
weniger sind als bei L. r. acuminatus (?).

Sowohl bei Weyl als auch bei Hornkohl finden wir An- n über vorhergehende diffuse Röte und Teleangiektasie der Eruption des L. planus. Auch erwähnt Hornkohl in m dritten Falle von L. planus die Erkrankung der Nägel.

Im Jahre 1884 finden wir noch von Behrend [52] einen hnlichen Fall von Lichen planus circumscriptus rieben.

Und so wären wir in unsrer Studie beim Jahre 1884 ange- nen, wo wieder eine völlige Umgestaltung und Ummode- des L. ruber durch Unna in Angriff genommen wird.

Da diese Reformbestrebungen Unnas zu viel Staub auf- lten, da die wissenschaftliche Individualität und der Charakter s, sein Wirken und Streben zu Ehren unsrer Disziplin ll höchster Anerkennung sich erfreuen, erscheint es mir für en, mich mit diesen Bestrebungen gesondert zu befassen und will ich vorerst alles bis 1884 über L. ruber weiter Er- nene registrieren.

Als wertvolle Beiträge zur Lichenlehre müssen wir die ollständigung unsrer Kenntnisse über die lichenoiden Er- ungen der Mundschleimhaut durch einige Autoren be- nen.

Von der Miterkrankung der Schleimhaut bei Lichen ruber n Hebra und seine Schüler keine Erwähnung gemacht; gen veröffentlichte Wilson schon im Jahre 1869 und r ausführliche Daten über diese Komplikation des Lichen s. Erst nachdem auch schon Hutchinson [22] einschlägige veröffentlichte, stellte Neumann im Jahre 1881 [20] einen ezüglichen Fall von L. planus der Wiener ärztlichen Ge- haft vor.

Im selben Jahre folgte ihm Pospelow [24] und Kaposi [31] Veröffentlichung von Fällen. 1882 befaſst sich Radcliffe ker eingehend [23, 23 a] mit Lichen planus der Schleim- e. Im selben Jahre beschreibt Unna [62] eine aus zahl- en hirse- bis erbsengroſsen Erosionen bestehende Affektion Zunge im Gefolge eines Lichen ruber acuminatus. 1884 teilt Köbner [11] einen Fall von L. planus der eimhaut mit.

Mit diesen Befunden vervollkommnete sich die
Lichen planus immer mehr. Alle diese Autoren (
genommen) haben konstatiert, dafs im Gefolge des Lic
cutis die Schleimhaut der Mundhöhle, der Lippen,
kaum merkbare, bis hirsekorngrofse, weifslich graue
oder gröfsere flache weifsgraue Flecke, oder diffuse
Trübungen der Hornschichten, graulichweifse leistena
ringförmige, geschlängelte Erhabenheiten und Ver
seltener Erosionen zeigen. CROCKER zeigte auch,
Schleimhautveränderungen dem Lichen planus cutis prä
können.

Aus diesen Mitteilungen geht aber, wenn auch
hervor, dafs auch HUTCHINSON — der diese Krankhe
psoriasis nennt und selbe für eine Art Psoriasi
CROCKER, ja selbst POSPELOW nur einen Lichen planus
WILSONS aus eigner Erfahrung kennen.

Im selben Jahre haben wir schon das Lehrbuch
junior [39] vor uns, also wieder eines Autors aus d
Schule.

Einheitlich, wie sein Vater, beschreibt er den Li
deutet nicht im geringsten auf einen Lichen rub
natus hin, und hebt keine durch verschiedenartige
gekennzeichnete Differenzen hervor.

„Die Farbe der Knötchen des Lichen ist, wie ja
Name sagt, gewöhnlich die rote; doch kommt es auch
vor, dafs statt roter Knötchen grauweifse oder
weifse, den Knötchen des Lichen pilaris ähnliche Eff
primär auftreten; ja man findet häufig diese beiden
schiedenheiten an einem und demselben Individuum,
sind die älteren, bereits vollkommen entw
Knötchen rot, während die weifsen, in der Um
roten stehend, quasi ein präparatorisches Stadium für
abgeben."

Neu und nirgends beschrieben sind seine folg
obachtungen: „Zweimal hatten wir Gelegenheit, die
scheinnngen in eigentümlicher Weise auftreten zu sehe
wickelten sich an den Flachhänden eine grofse Ar

kopfgrofser, weifser Knötchen, die mit einer dünnen Hornchicht bedeckt waren, aus denen sich, wenn mit gehöriger cht vorgegangen wurde, ohne Blutung ein Körperchen ausn liefs, das einem kleinen Hühnerauge vollkommen ähnlich Dabei fehlte jedwede Hyperämie an der Basis oder in Umgebung der Knötchen, welche nur durch ihre eigne e Farbe gegen die Umgebung kontrastierten. Nachdem mehrere Wochen sich wohl über 100 solcher Körperchen ekelt hatten, traten an der Haut über den Handwurzelen rote Lichen ruber-Knötchen auf, denen viele andre am ne und den Extremitäten folgten."

Eine Erklärung für diese Erscheinung finden wir bei HEBRA nicht und wir müssen abwarten, ob sie nicht zufälliger sind.

Die Beschreibung des Verlaufs spricht auch nicht von acuminatus. „Der Verlauf gestaltet sich nicht in allen in derselben Weise. Im grofsen und ganzen kann die Fälle in 2 Gruppen teilen: in eine, bei der die reitung sehr rasch vor sich geht, und eine zweite, er sie wesentlich langsamer erfolgt."

Also HEBRA jun. spricht im Sinne HÉGUYS, LAVERGNES, s: es gibt nur akut oder mehr chronisch sich ausbreitende

Bei der ersteren", sagt HEBRA jun., „sieht man sehr bald Strecken affiziert. Die Knötchen tangieren sich, die einKnötchen sind umsoweniger erkennbar, als die Kuppen ein mehr minder dickes Schuppenlager bedeckt werden. anze Haut kann so verändert werden, auch die Nägel aus. Bei diesen hochgradigen Fällen ist starkes n vorhanden, die Kranken sind matt, abgegen, objektiv läfst sich gewöhnlich wegen des mangelnden s und Appetits ziemlich rasche Abmagerung konstatieren. die Krankheit immer hochgradiger wird und rechtkeine Hilfe kommt, geht der Kranke an Marasmus zu e.

ei der zweiten Form (sollte heifsen: Art der Fortschreitung, ibt die Krankheit fast immer auf einzelne Stellen lokali-

siert, oder es entwickeln sich, zwar zerstreut, nur we
reszenzen. Bei dieser Art weichen die Effloreszenze
vorigen dadurch ab, dafs sie auch peripher wach
einem Kreuzer- (10 Pfennig-) stück. Der Gesamtorganis
bei dieser Fortschreitungsart fast gar nicht. Diese
fortschreitende Form soll nach HEBRA jun. durch
Lichen planus genannt worden sein.

Wir wollen hier nicht gegen letzteren Hinwe
sondern nur auf die schon bisher hervorgehobenen
hindeutend konstatieren, dafs HEBRA jun. einen Lich
mit akuminaten Knötchen gar nicht erwähnt; dafs s
renzierung in der Art der Fortschreitung wurzelt, u
der Art der raschen oder langsamen Fortschreitung.

Nun gelangen wir zu UNNA, der, nachdem e
Jahre 1882 in die Therapie des Lichen ruber
einführte, seine Aufmerksamkeit der ganzen Liche
wandte.

Auf eigne speziell in Hamburg gemachte E
gestützt, teilt er in einer 1884 erschienenen Arbeit
ruber in 3 Formen: 1. Lichen ruber acuminatus; 2
tusus; 3. L. r. planus.

Alle 3 Formen gehören einer Krankheit, dem Li
an und bilden eine Gruppe, deren Einzelindividuen
durch die Form der Effloreszenzen charakterisiert s
Lichen ruber acuminatus scheint es, dafs bis 1
berechtigt, einen solchen anzunehmen. Wir haben
Form so wenig als nur möglich zu wissen bekommen.

Durchsichtige Krankengeschichten haben wir, s
bei UNNA der Fall ist, nirgends gefunden. Aber
sprechen diese akut auftretenden und akut verlaufe
nicht der KAPOSIschen akuminaten Form.

Die meisten Fälle UNNAS sind von so leicht
dafs ich trotz der glänzenden Heilerfolge sie mit einer
acuminatus KAPOSI, welcher ja doch eine schwerere,
mit hochgradigem Marasmus einhergehende Form sein
identifizieren könnte.

Wir kennen aus der Litteratur und eigner P

chen Lichen ruber- Fälle, und so können wir über UNNAS
en ruber acuminatus kein Urteil abgeben.

Den eigentlichen Lichen planus WILSONI und der Autoren
t UNNA in 2 Formen: L. ruber obtusus und planus.
use Papeln, die neuere Knötchenform, welche UNNA so
ich und präzis beschreibt, finden wir als 3—5 mm grofse
ugelige, aber mit flacher gedellter Oberfläche, sehr oft in
lnen Krankengeschichten älterer Autoren mit andern Knöt-
formen vergesellschaftet. Reine obtuse Papeln, ohne kleinere
chen, sind vor ihm nicht beschrieben. Sie bilden in manchen
n die überwiegende Majorität der Effloreszenzen. Ich
te diese Benennung „obtus" nur zur Bezeichnung gewisser
chen des Lichen planus und nicht einer Lichenart
tieren. UNNAS Lichen planus ist nicht so beschrieben,
er von der obtusen Form — und überhaupt von jenem
en planus, den schon WILSON beschrieben — getrennt
en müfste. Die kleinsten Papelchen sind auch hier die
primäre aufzufassenden Gebilde. Aber durch genaue Beob-
ng und Schilderung UNNAS bereicherten sich wieder unsre
ntnisse über L. ruber. Er bestätigt einzelne seltenere, von
eren Autoren beobachtete Erscheinungen. Neu ist bei
A, dafs manchmal bei Lichen planus auf einmal ein
er roter Fleck entsteht, welcher dunkler, gröfser wird, und
auch an Stellen abheilender obtuser Effloreszenzen solche
ke entstehen. Im grofsen und ganzen entspricht diese Be-
ibung den flächenhaften Infiltrationen der Autoren, nur dafs
Anfang, ihr Ursprung nicht beobachtet wurde.

Neu ist die Blasenbildung im Gefolge der Planuseffloe-
nzen. Durch BAKER 1881 in London auf diese Kompli-
on aufmerksam gemacht, ist UNNA der erste, der unsre
merksamkeit auf sie lenkte. (LAVERGNE beschreibt 1883
e Bemerkung Blasenbildungen bei Lichen planus [s. oben].)
h das ist neu, dafs die obtusen Papeln in beschränkter, die
en in exzessiver Weise sich in die Peripherie ausbreiten
nen.

Der Ausgang des L. r. planus von UNNA ist der desjenigen
rer Autoren, also: Plaques, hypertrophische Formen. Auch

in gewissen andern Einzelheiten, wie Zurückbleibe
mentflecken, die längere Isoliertheit einzelner Efflor
ohne Reaktion des Organismus, und endlich die Mög
Verallgemeinerung — gleicht dieser L. ruber planus
Autoren. Wir fassen die ganze Arbeit UNNAS als e
Beschreibung der Umwandlungsgebilde der Effloresz
und derselben Krankheit, eines einheitlichen Lichen

Er gibt für das Entstehen des L. ruber acuminat
und obtusus keine differenten Momente an, er kennt nur e
ruber, dessen Fälle er nach den vorwiegend vorhan
mären oder sekundären Effloreszenzen in akumina
und plane einteilt.

Bezüglich der akuminaten Form haben wir uns
geäußert, und im folgenden werden wir Gelegenl
weiter zu verfolgen, wie sich die Dermatologen gege
Lichen ruber acuminatus KAPOSI und UNNA verh

(Fortsetzung folgt.)

Pathologie und Therapie der Alopecia are

Von

A. R. ROBINSON. M. B. L. R. C. P. & S. E

Professor der Dermatologie an der New Yorker Poliklinik un
der Dermatologie und Histologie an dem Med. Kollegium
zu New York.

(Fortsetzung.)

Die Verteidiger der neurotischen Therapie stützt
auf die neueste Zeit hauptsächlich auf die klinischen
und zugleich auf das Faktum, daſs es keinen aller der
gelungen war, Organismen, welche eine positiv aktive
zur Krankheit hatten, gefunden zu haben.

Die klinischen Symptome die ihrer Ansicht nach
Neurose hindeuten, sind: erstens, veränderte Sensibili
griffenen Teile; zweitens Auftreten von neuralgischen

oder während der Krankheit; und drittens Vererbung. r wurden sie über die Bedeutung jener Symptome in ihrer ng dadurch bestärkt, dafs sie Schlüsse durch Vergleichen ndern Krankheiten von bestimmt neurotischem Charakter, elchen Ausfallen des Haares vorkommt, zogen, sowie auch Experimente, welche zeigten, dafs Alopecie, auf künstlichem durch Läsionen gewisser Teile des Nervensystems zu Zeit erzeugt werden kann.

Wir werden mit Ausnahme der Josephschen Experimente rgumente für den neurotischen Ursprung schnell überblicken, uch Michelson gerechterweise, noch ehe jene Experimente ht worden waren, schrieb, „dafs auch dieser Theorie (der tischen) bei dem dermaligen Stand der Wissenschaft, noch aus eine solide Basis fehlt."

Michelson (Über Herpes tonsurans und Area Celsi. *Volk-s Sammlung.* 1877. No. 120, auch *Virchows Archiv.* Bd. 80 99) fand taktile, elektro-kutane Sensibilität, Empfindung Druck und Temperatur, sogar manchmal gesteigert. Das n von Sensibilitätsstörungen spricht jedoch nicht gegen den sen Ursprung, da sich in den von Joseph gemachten Experi-n keine Veränderung der Empfindlichkeit in dem lädierten zeigte. Folglich ist das Argument einer veränderten bilität von keinem entscheidenden Werte.

Dafs Neuralgie der Krankheit häufig vorangeht oder sie be-t, ist eine angenommene Thatsache; doch erscheint Alopecia a auch häufig ohne vorhergehende oder gleichzeitig auftretende öse Symptome. Collier (*Lancet.* London 1881. I. pag. 951) htet über den Fall eines Knaben, dem ein Schlag mit der t über das linke Ohr versetzt wurde, wonach heftige neural-e Schmerzen von zweiwöchentlicher Dauer auftraten, und dem jene aufhörten, eine Alopecia areata der linken Seiten-l erfolgte. Von den 42 von Hutchinson beobachteten enten mit Alopecie beklagten sich deren nur vier über ge Kopfschmerzen. Auch wurde über Fälle berichtet, in n die Kopfschmerzen, sobald das Haar ausgefallen, aufhörten. nerhin ist die Zahl solcher Fälle mit gleichzeitigen oder voran-enden neuralgischen Symptomen zu klein, um uns zu berech-

tigen, diesem Zustand, wenigstens so weit als von Ur
Wirkung die Rede ist, eine gröfsere Wichtigkeit beizu

Das aus der Analogie mit gewissen nervösen, A
zeugenden Störungen hervorgehende Argument ist
gröfserer Bedeutung. Nur einige Beispiele werden un
zu erläutern, erforderlich sein.

Dr. CROCKER berichtet über einen Fall, wo e
welcher auf den Kopf fiel, bald darauf vollkommen und
kahl wurde. KENNEY (*Virginia Medic. Monthly.* 18
pag. 937) teilt einen Fall von allgemeiner Alopecie
sechs oder acht Tage nach einen Schreck auftrat, der
wurde durch das Einschlagen des Blitzes in einen Baum
Nähe der Patient sich befand. UNNA (*Vierteljahresschr.
und Syph.* Bd. XIV. pag. 138) berichtet einen Fall, b
ebenfalls infolge eines grofsen Schreckens Fallsuch
kranie, GRAVES Krankheit und Alopecia areata gleich
traten.

FRÉDET (*Archives générales* 1878) spricht von einer
dem ein vorher ganz gesundes Mädchen von siebzeh
während es eines Tages am Fenster safs, mit dem K
brach. Das Mädchen hatte die Geistesgegenwart, de
rahmen zu erfassen, woran es sich, bis man zu Hilfe
hielt. Es erfolgten weder Bewufstlosigkeit noch
Jedoch stellten sich in der darauffolgenden Nacht Kc
Frost und gestörter Schlaf ein, und am Morgen Schwä
Gliedern, nervöse Aufregung, konvulsives Bewegen
und starkes Jucken in der Kopfhaut. Zwei Tage spät
Kopfhaar an auszufallen und in wenigen Tagen darau
allgemeine Alopecie. Nach Verlauf eines Monats
Kopfhaut blafs, glatt und normal empfindlich, ohne J
von Wollhärchen frei. Trotz zweijähriger Behandlu
kein Wiederwachsen des Haares mehr.

In dem Falle von JOS. SCHÜTZ (Beitrag zur Äti
Symptomatologie der Alopecia areata. *Monatsh. f. pra*
1887. pag. 97) handelt es sich um Alopecie durch
pherische Läsion. Die kahle Stelle war jedoch n
sondern dreieckig, nicht scharf begrenzt; allgemeine

den des Haares wurde ebenfalls bemerkbar. Die kahle Stelle amte mit der Area des N. occipitalis magnus überein.

Es könnten viele Fälle von ungefähr ähnlichem Charakter chtet werden, die alle beweisen würden, dafs Alopecie das ultat einer Neurose sein könnte. Jedoch haben diese Fälle den klinischen Symptomen nicht hinreichende Ähnlichkeit mit Alopecia areata gezeigt, um dieselbe als von ähnlichen Bedungen abhängig zu betrachten. Ferner führt uns die Form kahlen Stelle in dem von SCHÜTZ beobachteten Falle zu einer z andren Ursache als diejenige ist, welche gewöhnliche pecia areata erzeugt.

Demungeachtet sind alle jene Beobachtungen von zweifelter Richtigkeit und nur als so zu sagen geduldete theoretische duktionen und analoge Schlufsfolgerungen anzusehen, ohne en bestimmten, unumstöfslichen Beweis, dafs Alopecia areata irgend einem abnormalen Zustande des Nervensystems abge, zu liefern.

Die von MAX JOSEPH angestellten Experimente (Experimentelle tersuchungen über die Ätiologie der Alopecia areata. *Monatsh. prakt. Dermat.* 1886. pag. 483) sind von viel gröfserem Werte, ch wenn die andern Beobachter mit ihm nicht übereinmmen und seine Experimente nicht als Beweis für die trophourotische Natur der Alopecia areata betrachten sollten.

Er exstirpierte die Spinalganglien des zweiten Halsnerven d beobachtete vom fünften und siebenten bis zum zwanzigsten ge nach der Operation ein Ausfallen der Haare in der durch den schädigten Nerven versehenen Region. An einer oder mehreren grenzten Stellen, in der Gröfse von einem Zwanzigpfennigstück t normal aussehender Haut, wurde das Haar in runden, ovalen er länglichen Areas dünner, und einige Zeit danach trat vollommene Kahlheit ein. Die Stellen nahmen auch nachher an röfse zu bis zu einem Fünfzigpfennig- oder Markstück. Das usfallen des Haares war durch keine bemerkbare Sensibilitätsränderung des betreffenden Teiles begleitet. Mikroskopische ntersuchungen zeigten Atrophie der Haarpapille mit gänzlicher Haarlosigkeit, die Wurzelscheiden nahe nebeneinander liegend der durch einen leeren Platz getrennt. Die Schweifs- und

Talgdrüsen waren unverändert, auch waren keine Entzü
symptome vorhanden, aber die Beschaffenheit
webe war die der echten, reinsten, einfachen A
Da er imstande war, traumatische Einflüsse und vaso
Nerveneinwirkung bei dieser artifiziellen Alopecie auszu
so hält er die Existenz von echten trophischen Ne
Alopecie als Resultat von deren Beschädigung für bewi
Gegensatz zu der Alopecie, wie sie nach Beschädi
Nervensystems beschrieben wurde, und bei welcher die
affizierten Stellen dreieckig, länglich, unregelmäfsig und
Dünnerwerden des Haares beobachtet wurden, waren je
rundlich und ziemlich scharf begrenzt. Er trachtet zu
inwiefern die affizierten Stellen rund sein können und
halb sie diese Gestalt während des peripherischen Weite
beibehalten und ein neues Nervengebiet angreifen. D
Erklärung wird aber jene schwerlich überzeugen, die
obachtet haben, bei welchen die Krankheit mit einer punk
Area anfing und die schliefslich durch peripheres Ums
ihres gesamten Kopfhaares beraubt wurden.

Wenn es auch eine gewöhnliche Erscheinung ist,
kahlen Stellen bei der Alopecia areata, während sie
zunehmen, die runde Form, auch wenn sie eine zieml
Area bilden, beibehalten, so geschieht es jedoch nicht s
die Krankheit an einem Teile der Peripherie stillsteht,
sie sich an den andern Teilen auf das angrenzende Gew
Art der serpiginösen, tuberkulösen Syphilide oder d

Figur 1.

vulgaris der Extremitäten,
So kann daher eine vorl
Stelle eine Gestalt, wie
Figur 1 ersichtlich ist,
wo die Affektion bei *b* si
verbreitet, während bei *a*
zefs sistiert hat. Sollte nu
Joseph gegebene Erkläru
sein, so müfste die Ausde
der Peripherie in allen Teilen eine gleichmäfsige sein,
könnte eine Ausbreitung der Stellen, wie sie von mir

nrieben wurde, nicht als das Resultat einer Beschädigung der ophischen Nerven angesehen werden.

Es ist nicht notwendig, weder die gegen diese Theorie für den so evidenten Einwendungen zu besprechen, noch eine Erärung zu geben für das Auftreten von weit auseinander und regelmäfsig verteilten, sekundär affizierten Stellen, oder für das erschwinden einiger bei gleichzeitigem Erscheinen von neuen ellen, oder für die Art der Verbreitung, sobald allgemeine lopecie durch allmähliche Verherung der gesamten Hautoberche auftritt.

Der von WAGNER berichtete Fall von Masern bei einem an lopecie leidenden Kranken, bei welchem die Eruption nicht auf n kahlen Stellen erschien (was als Beweis für die neurotische heorie gelten sollte), kann viel eher durch die in diesem Teile genügende Blutzufuhr erklärt werden, infolge dessen die Entndungssymptome bei Masern sich nicht leicht zeigen konnten.

Die Experimente JOSEPHS beweisen das Dasein trophischer erven und eine von neurotischer Affektion abhängende Form n Alopecie. Ob diese Alopecie der gewöhnlich beobachteten orm ähnlich sei, werden wir nachträglich versuchen zu erwägen d zu entscheiden.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Über Morbilli adultorum. Prof. BOHN in Königsberg teilt (*Deutsche ed. Wochenschr.* No. 18) seine Erfahrungen in bezug auf Immunität und ophylaxe der Masern mit und sagt: Was die Immunität gegen Masern trifft so kennen wir mit Bestimmtheit eine zeitweise, vorübergehende. eselbe besteht in ausgedehntem Umfange für die ersten 6 Lebensmonate; den späteren Kinderjahren wird sie erheblich seltener; dagegen bedarf e zeitweise Immunität der Erwachsenen noch einer gründlichen Aufirung. Vollständige Ungewifsheit herrscht über die absolute Unemänglichkeit gegen das Maserngift. B. hat nun 28 Fälle von Masernkrankung bei Erwachsenen beobachtet, indem er selbst die 15- und jährigen Patienten nicht zu den Erwachsenen rechnete, und unter diesen

28 waren 21 weiblichen und 7 männlichen Geschlechts. D
achtungen enthalten einen recht schweren, und einen, mit Sch
verbundenen, tödlich endenden Fall, der grofse Rest war von
mittlerer Stärke oder bestand aus leichten Erkrankungen. B.
nur den Schluſs ziehen, daſs man keine Veranlassung ha
Masern besonders zu fürchten und sie zu verhüten, indem
demien unbeschränkten Spielraum unter den älteren Kind
und ebensowenig kann man die Aufforderung fühlen, die ä
nach Kräften vor der Ansteckung zu schützen, um sie in
rückten Alter den Masern zu überliefern.

Zur Immunität gegen Masern, von Dr. O. Lehmann.
Central-Zeitung. No. 37.) Im Monat Dezember v. J. erkrank
Örtchen nur 2 an Morbilli; erstens ein 10 Jahre altes Mäd
Eltern zugezogen waren, und ein 22 Jahre alter junger Mensch
Orte geboren und aufgewachsen war, aber kurz vor Ausbruch
des Jahres 1886 zum Militärdienst einberufen wurde. Die Kra
günstig. Dieser Fall soll beweisen, daſs das über 2 Jah
Verschontbleiben von Masern nicht im mindesten eine Im
schaffen hat.

Zur Genese der Gesichtsrose, von Dr. Ziem in Danzi
Med. Wochenschr. No. 19.) Voltolinis Mitteilungen, daſs
rationen gutartiger Nasenpolypen Erysipel beobachtet habe, b
durch Veröffentlichung von 7 Fällen, in denen teils nach
teils nach Kieferhöhlenoperationen Erysipel hinzutrat. Ver
jedoch Voltolinis Vermutung, daſs eine Infektion von aufs
unsaubere Instrumente oder dergl. während der Operation
behandlung stattgefunden habe, nicht anschlieſsen, da er b
rationen die peinlichste Reinlichkeit und Desinfektion beobach
Annahme einer Infektion durch die benutzten Instrumente
in Einklang zu bringen, daſs innerhalb 2 Jahre nur so ver
wenige Personen aus der Praxis des Verf.s von Erysipel be
sind, innerhalb eines Zeitraumes, in welchem Z. zahlreiche Op
Nasen- und Rachenkranken, Kauterisationen der Schleimhau
von Geschwülsten, gegen 250 Eröffnungen der Kieferhöhle
nommen hat. Selbst ein kettenförmig zusammenhängendes
Erysipels hat er nicht beobachtet. Dagegen hat Z. konstat
daſs in allen seinen Fällen eine ungenügende Nachbehand
kurz dauernde oder unterbrochene Ausspülung und daher ein
von fäulnisfähigen und faulenden Substanzen in der Kiefer
höhle stattfand, und er möchte auf diesen Umstand das Zus
des Erysipels zurückführen. „Die Einwendung", sagt Z., „die
gemacht werden wird, daſs zum Zustandekommen des richti
der von Fehleisen aufgefundene kettenförmige Kokkus erf
ist wohl nicht von ausschlaggebender Bedeutung, da Fälle

erysipelatöse Dermatitis durch Impfung von Kulturen erzeugt wird, che vor wahrem Erysipel, von Phlegmone und von puerperaler Metritis mmen, während anderseits der Streptokokkus in manchen Fällen sipel, in andern aber andre Affektionen erzeugt.. Zur Begründung er Ansicht führt Z. ferner die von Zuccarini mitgeteilten Beobachtungen r das Vorkommen von Gesichtserysipel im Gefolge von Typhus an, wo den Keilbein-, Stirn- oder Oberkieferhöhlen eine Schleimhautentzündung chiedenen Grades, zum Teil mit Anhäufung von eiterigen jauchenden sen, mit oder ohne Geschwürsbildung, nachgewiesen worden ist, ferner von Zuckerkandl veröffentlichten Sektionsbefund, wo bei Erysipel des ichts und Nackens eiterige Entzündungen mehrerer Nebenhöhlen ge- den wurden. Sind diese Anschauungen zutreffend, so ergeben sich auch die Therapie andre Gesichtspunkte, es werden in solchen Fällen nicht Eisblase auf den Kopf und gewisse Antipyretica Anwendung finden, dern man wird auf das Verhalten der Nase und ihrer Nebenhöhlen ksicht nehmen müssen. So mancher Fall von recidivierendem Erysipel fte erst durch Eröffnung und Durchspülung der Nebenhöhlen zu end- iger Heilung gebracht werden können.

Über Myxödem. Fr. Mosler (ebenda. No. 21) erinnert sich eines es aus dem Jahre 1855, wo ein 19jähriges Mädchen wegen Struma enchymatosa eine Jodkaliumsalbe (Ung. Kalii jod. 25,0, Jod. pur. 0,15) Jahr lang angewandt hatte, und nach deren Gebrauch an der vorderen sgegend eine weitverbreitete Verschorfung der Haut und tiefergreifende erung zu konstatieren war. Letztere hatte den gänzlichen Schwund Schilddrüsengeschwulst, aber auch Anätzung des zweiten Tracheal- rpels herbeigeführt. Die Ernährung der Patientin war dadurch sehr untergekommen. Die Trachealfistel heilte, die Struma war total ver- wunden, allein das Allgemeinbefinden hob sich nicht; Patientin sah sehr fs aus, war hinfällig, verdrieſslich, apathisch, Ödeme zeigten sich an verschiedensten Körperteilen. Unter allgemeinem Marasmus erfolgte Tod nach Verlauf eines halben Jahres. M. glaubt nun, daſs es sich nals um Cachexia strumipriva, um Myxödem gehandelt hat. Einen jetzt bachteten Fall von Myxödem wird er nächstens in *Virchows Archiv* öffentlichen.

Über Transplantation von karzinomatöser Haut, von Dr. Eugen hn. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 21.) Eine früher wegen Mammakarzinom erierte Frau, bei der die in ausgedehnter Weise erkrankten Axillardrüsen fernt werden muſsten, kam am 24. März 1887 wegen heftiger Schmerzen d eines Recidivs wieder in H.s Behandlung. Kräftezustand erheblich genommen; geringes Fettpolster. In der Umgebung der Narbe bestand e harte diffuse Infiltration; auſserdem fanden sich zerstreut zahlreiche ötcheneruptionen von Hirsekorn- bis Linsengröſse. Von einer radikalen eration muſste wegen des diffusen Charakters und der Ausbreitung der filtration Abstand genommen werden. Experimenti causa wurden aber

am 9. April in der Chloroformnarkose mit der Cooperschen Sc
chen Haut aus dem karzinomatösen Infiltrat möglichst flach
Reverdinschen Transplantationen ausgeschnitten, dann eben
stückchen von der normalen Brustseite ganz aufserhalb de
Tumorinfiltration abgetragen; die erkrankte Haut wurde au
Wundfläche, die gesunde auf die karzinomatöse Wundfläche
Jodoformgazeverband, der mit Heftpflaster befestigt wird.
zeigen sich alle 6 Hautstückchen angeheilt; es beginnt das
Stratum sich auszubreiten. Am 30. Juni tritt exitus lethali
Obduktion, so wie die mikroskopische Untersuchung ergibt, d
plantation von karzinomatöser Haut auf gesunde Stellen der H
bildung, welche von dem transplantierten Stücke aus auf ge
der Haut übergreift, hervorgerufen hat.

Ein Beitrag zur Elephantiasis der männlichen Ge
Dr. Theodor Landau. (Ebenda.) Bei einem 34jährigen Pati
seinem 26. Lebensjahr Syphilis mit Vereiterung von Buboner
die durch Inunktionskuren und Jodkali geheilt war, fand L.
einen mäfsigen Tumor umgewandelt, der jedoch annähernd di
Form beibehalten hat. Die Länge des Gliedes beträgt auf
in der Mittellinie gemessen genau 22½ cm. Ohne dafs man
an dem Gliede unterscheiden kann, sieht man den Penis mi
fange von 13 cm beginnen. Diese Dicke hält aber nur 0,3
steigt der Umfang rapide auf 18 cm und an verschiedenen
schieden, bleibt er zwischen 18 und 20½ cm. An der linl
hinteren Penispartien ein halbgänseeigrofser ovoider Knoten.
Teil des Gliedes (Spitze) ist abgestumpft, sitzt wie ein Deckel
einen Radius von 4 cm. Eine Mündung in der Mitte de
welcher Patient den Urin läfst, erscheint halbkreisförmig g
ca. 3 cm lang und läfst den kleinen Finger mühelos auf
Länge eindringen. Ein Katheter dringt 7 cm tief ein, fin
einen unbezwingbaren Widerstand. Die Haut ist auf dem
ganz glatt, vorn einige unregelmäfsige Längs- und Querfalten
an den Seiten und hinteren Partien: sie ist bräunlichgelb,
trocken; auf dem Dorsum samtartig weich, fühlt sich diese
nach vorn und nach hinten, schliefslich hart, ja bretthart an.
1887 wird die Operation in Narkose folgendermafsen ausgeführ
scher Schlauch um die Wurzel des Penis. Senkrechter Schni
in der Mittellinie mit einer geraden Schere in die Harnröhre
die Schere Widerstand findet. Nachdem so die beiden Hälften
sind, übersieht man die ganze Situation; eine ganz normale,
Eichel liegt wie eine Mandel. Das innere Blatt des Präputiu
verdickt; rings herum aber pathologisches Gewebe, in welches
Vorhaut, sondern auch die zentripetal vom Sulcus coronarius g
hineingezogen ist. Mit 2 Schnitten, welche stumpfwinkelig au

itt gesetzt werden, so dafs eine Y-Figur erscheint, und die sich auf Hinterfläche des Penis vereinigen, wird die ganze Haut von vorn bis Schlauch abgeschnitten. Stillung der Blutung, Jodoformgaze, Lister- nd. Allmähliche Heilung. Das exstirpierte Stück wiegt 700 g. Die o- und mikroskopische Untersuchung ergab, dafs es sich um eine ng der Gewebsflüssigkeit plus einer Hyperplasie der Haut und Unter- gehandelt hat. L. glaubt, dafs die festen Narben der vereiterten nen die Ursache der Ansammlung von Lymphflüssigkeit im Penis n.

Beiträge zur Sublimatfrage, von Dr. Guillery, Stabsarzt in Saar- (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 21.) In dem Aufsatze interessiert ur, dafs der Verf. durch einzelne Experimente nachweist, dafs das mat flüchtig ist, und dafs Sublimaträucherungen zu Intoxikationen n können.

Über Naphtalol oder Betol, von Prof. Kobert. (*Therap. Monatsh.* 5.) Das Betol ist dem Salol unter allen Umständen wegen der grofsen gkeit des letzteren vorzuziehen und kann Verf. daher nur das Betol elenkrheumatismus, bei den verschiedensten Formen von Darmfäulnis bei Blasenkatarrh, namentlich gonorrhoischem, empfehlen. In Ölen hl, wie in Solvin erwiesen sich die Salole als schlecht wirksam. In Betolsalben (mit Ol. Oliv.) lebten Acari folliculorum 6 Stunden lang schwächt; bei räudigen Tieren war die fünftägige Einreibung einer Betolsalbe ohne Erfolg. „Fettsalben und Solvinsalben der Salole en daher", sagt der Verf., „für die Chirurgie und Dermatologie nicht weiteres zu empfehlen sein." Die Wirkung der Injektion einer lsion von Phenolsalol in die katarrhalisch affizierte Harnblase, von der elne Beobachter Günstiges berichten, dürfte beim Betol garnicht in e kommen, da die Spaltung desselben in der Blase nur eine sehr ge ist.

Über Propeptonurie. Zugleich ein Beitrag zur Chemie des Samens. C. Posner (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 21) hat die Beobachtung ge- ht, dafs Harne, welche selbst in geringer Menge Samenbestandteile en, Propepton enthalten. Eine solche Beimischung von Sperma zum aber ist unter normalen wie pathologischen Verhältnissen ein überaus figes Ereignis, sei es, dafs sexuelle Abstinenz mit daraus folgenden hlichen Pollutionen zu einer wahren Spermaturie führt — die natürlich h vorübergeht —, sei es, dafs bei einer der verschiedenen Formen von rmatorrhöe ein Übertritt von Samen in den Harn statthatte. Solche ne zeigen meist eine ziemlich erhebliche Trübung, die entweder gleich- sig ist oder auch flockige Ballen, oft auch transparente Körner oder mente erkennen läfst; die Trübung löst sich weder in Säuren, noch in alien, noch auch beim Erwärmen, schwindet dagegen beim Filtrieren. Filtrat bleibt klar beim Erhitzen und Zusatz von Salpetersäure; Essig-

säure-Ferrocyankali und Essigsäure-Pikrinsäure geben starke
Biureaktion zeigt deutlich rotviolette Färbung. Unter de
erkennt man dann Spermatozoen, Prostataamyloide, Bence-Jon
blasencylinder etc. als Ursache der Trübung. Den Hauptb
Propepton bildet die Fällung mit Salpetersäure beim Erk
neuem Erhitzen unter Gelbfärbung wieder verschwindet.
gelungen, im Samen selbst Propepton nachzuweisen und zwa
Weise: Die zu Gebote stehende Menge von Samen — ca.
wurde in 60 ccm warmem Wasser suspendiert und kräftig m
Mengen Magnesia usta durchgeschüttelt. Man bekommt
vollkommen klares Filtrat, welches beim Erhitzen und Salpe
sich schwach trübt, mit Essigsäure-Ferrocyankali, Pikrinsäu
auf die Biuretprobe stark reagiert. Dieses wurde unter Zusa
lumen konzentrierter Kochsalzlösung und Essigsäure bis zur sa
längere Zeit gekocht und heifs filtriert. Die jetzt gewonne
Lösung ergab alle aufgezählten, für Propepton charakte
aktionen.

Ein Fall von tuberkulöser Ulceration der Vulva, der Portio vaginalis uteri, von Dr. Zweigbaum. (Ebenda
der 32jährigen Patientin, deren Eltern und andre Familienm
jung gestorben sind, und welche sehr mager und blafs ist
starke Schmerzen in den Genitalien und bedeutender Au
Vagina. Bei der Untersuchung der Genitalien fand sich
hinteren Wand der Scheide, dicht am Eingang in dieselbe,
verlust, eine Art Höhle (Kaverne) von der Gröfse einer
erhabenen, unregelmäfsigen und harten Rändern; der Grund
ist unregelmäfsig und bedeckt mit einer dicken Schicht
speckigen Belages. Dasselbe ist sehr schmerzhaft. Die Po
ist ebenfalls mit einem grauen, unregelmäfsigen und hart
bedekt. Die Gebärmutter vergröfsert, schmerzhaft auf Druc
nalen Lymphdrüsen vergröfsert, hart und nicht schmerzh
Lungen Infiltrationen. Fieber. Die mikroskopische und bakt
suchung eines exzidierten Stückes des Geschwürs ergibt eine
Tuberkelbacillen. Die Patientin ging bald zu Grunde, und
Obduktion die Diagnose.

Berlin. L. Ho

Österreich.

Aus den „Briefen aus England.“ In der Londoner Me
empfahl Jonathan Hutchinson die **Abortivbehandlung d**
mit Hydrargyrum cum creta, 1 Teil metallisches Quecksilber

Von diesem grauen Pulver werden täglich 3—4 mal pro dosi
g gleich vom Beginn der Krankheit an durch 6—9 Monate un-
ochen eingerieben, wodurch die Syphilis gleich im Entstehen unter-
das Auftreten sekundärer Erscheinungen verhindert werde, schon
Wochen die Initialsklerose verschwinde und bis auf eine geringe
ion der Leistendrüsen sich kein Symptom von Syphilis mehr
— Pitt bestätigt die von ihm mit dieser Behandlung erhaltenen
te als ausgezeichnet.

LOXAM zieht die Behandlung mit intramuskulären Injektionen vor
pfiehlt hierzu eine Lösung von ALEMBROTH, ℞ Aq. dest. 30,0, Subli-
, Salmiak 0,5. D.S. 10 Tropfen wöchentlich 1 mal einzuspritzen.
ed. Presse.)

den Verhandlungen der „Kgl. Gesellschaft der Ärzte in Budapest"
h Dr. A. PAJOR einen Fall der seltenen **Urethritis membranacea**
em 28jährigen Manne, der zu wiederholten malen Blennorrhöe,
ntzündung und Blasenkatarrh durchgemacht hatte. Die endos-
e Untersuchung der Harnröhre zeigte eine rigide, grauweifs ver-
und von der Pars membranacea bis zur Pars navicularis reichende
haut. Auf zweimalige Einpinselung von Jodtinktur erfolgte keine
n. Dann wurde mit dem Harn eine 9,5 cm lange und 0,5 cm
zarte, milchige, röhrenförmige Membran entfernt, der später noch
kleinere derartige Membranfetzen folgten. (*Wr. med. Presse.*)

IEHL in Wien bespricht (*Wr. med. Presse.* 1888. No. 11, 12 und 13)
älle von **akutem zirkumskripten Ödem** der Haut, welches meist
hne äufsere Veranlassung und ohne entzündliche Erscheinungen ent-
iese Ödema haben weifsliche oder rötliche Färbung, erreichen Thaler- bis
andgröfse, verlaufen ohne scharfe Abgrenzung in die Haut und er-
in 1—3 Stunden ihren Höhepunkt, um darauf in 6—36 Stunden wieder
zu verschwinden.

ie Temperatur der kranken Hautstelle ist gewöhnlich nicht erhöht,
arkes Spannungsgefühl vorhanden. Während eines Anfalles erkrankt
nur eine Stelle; es kann aber auch während des Ablaufes des ersten
ns eine andre entfernt liegende Partie (Lid, Skrotum) ödematös
en, oder auch das Ödem in die benachbarte Hautpartie weiter
n; in einzelnen Fällen wurde ein gleiches akutes Ödem im Pharynx
rynx, seltener in der Nasenschleimhaut, mit schweren Schling- und
eschwerden beobachtet. Häufigster Sitz ist die Gesichtshaut. Ein
befallener Patient erkrankt in der Regel öfter in gleicher Weise.

er erste Patient bekam 1874 ohne nachweisbare Ursache plötzlich
utes Ödem der linken Augenlider, das sich alle 3—4 Wochen wieder-
1878 erschien es auch am rechten Auge, und von da an befiel es alle
Wochen abwechselnd das linke oder rechte Auge oder beide Augen
ch, und in den letzten Jahren trat starkes Ödem der Lippen oder

rechten Wange hinzu. Im Herbst 1885 erschien plötzlich nachts d
im Larynx und Pharynx mit schweren Schling- und Atembesch
welche sich aber am nächsten Tage wieder verloren, und noch jet
der Kranke abwechselnd an solchen Ödemen. Therapie erfolglos.

Der zweite Patient, ein Lokomotivführer, 33 Jahre alt, bek
3 Jahren angeblich infolge körperlicher Anstrengung und Einwirk
Zugluft ein akutes Ödem seiner linken Wange, das nach 2 Tag
verlor, nach 14 Tagen neuerdings an derselben Stelle sich zeigte
dem fast regelmäfsig in gleichen Intervallen sich wiederholte.
Jahren erkrankte auch die rechte Wange, und um Weihnachten
wachte Patient nachts mit heftigen Schmerzen und Atembeschwer
zwar nach einigen Tagen verschwanden, aber in der Zeit bis Neuja
Veranlassung wiederkehrten.

Zwei andre Fälle, die Riehl durch Kollegen bekannt wurden
ähnlicher Art, aber doch insofern verschieden, als in dem einen F
seit Jahren häufig recidivierende Ödem an der Haut der Lider ei
bende, und im andren eine leichte Verdickung der Wangenhaut
gebracht hatte.

Andre Beobachter, wie Quinke und Strübing, sehen bei solchen
heiten nicht blofs das Ödem der Haut und Schleimhaut als einziges Sy
sondern auch allgemeines Krankheitsgefühl, Durst, Verminderung d
menge selbst Erbrechen, Somnolenz, leichte Albuminurie, und daraus
Riehl, dafs das Ödem der Haut nur das Symptom einer tiefer li
und nicht auf die Haut beschränkten Veränderung sei.

Am leichtesten seien alle entzündlichen Ödeme wegen ihrer entzün
Charaktere und ihres Verlaufes, ebenso die von Hermann Ries als
tierendes Ödem, und von Lassar als stabiles Ödem bezeichneten
durch ihre entzündliche Grundlage und Dauer abzuscheiden. Die E
böten selten eine Ähnlichkeit mit dem akuten umschriebenen Ödem
aber die Urticaria, welche ihm ganz verwandt sei, und welche nich
an disseminierten Hautpartien pralle Ödeme zu stande bringe.
beim akuten umschriebenen Ödem sei keine Rede von einer begle
Urticariaeruption, und ebenso fehle das charakteristische Jucken der
Vor einer Verwechselung mit Myxödem schützen die letzterem
Störungen der Intelligenz.

Überblicke man das ganze Krankheitsbild, sagt Riehl, so bes
aus 3 Hauptgruppen: 1. Flüchtige Ödeme an der Haut, subkutaner
gewebe und einzelnen Schleimhautpartien; 2. Erscheinungen von S
Magens und des Darms (der Nieren?); 3. Allgemeinerscheinungen (Dep
Somnolenz etc.), und eine vierte Gruppe würden die Störungen der Res
bilden.

Die Ursache dieses Symptomenkomplexes sei noch völlig
Chaffart supponierte eine arthritische Diathese, andre nehmen a
jede einzelne Symptomengruppe durch regionäre Ödeme, z. B. das Erb

ein ähnliches Ödem der Magenwandung erzeugt werde. Andre neigen
er Ansicht zu, dafs eine irgendwo im Zentralnervensystem sitzende
derung die verschiedenen Symptome auslöse. Riehl glaubt, dafs ein
gleichzeitig mit Allgemeinsymptomen und schweren Störungen ver-
ner Vorgang nicht einer lokalen in der Haut sitzenden Ursache zuge-
ben werden könne und dafs die Gefäfsnerven bei der Entstehung der Ödeme
fste Rolle spielten, wenn auch über die Art des Nerveneinflusses die
ngen aus einandergingen. Seine Ansicht ist, dafs der die Ödeme
assende Reiz nicht von den peripheren Nerven, sondern vom Zentral-
ausgehe, wofür das gleichzeitige Auftreten von Erscheinungen in der
und im Darmtraktus, die Allgemeinsymptome und die wechselnde
sation sprächen, und er hält es daher für sehr wahrscheinlich, dafs
om Zentralnervensystem ausgehende Störung der vasomotorischen
die Ursache der Anfälle sei.

Schwimmer in Budapest berichtet (*Wiener med. Presse.* 1888. No. 14,
d 16) über den **Heilwert des Erysipels bei verschiedenen
heitsformen.** Auf die Beobachtungen von Heilung und Rückbildung
er bösartiger Übel, als Krebs, Sarkom, eiterige Kniegelenksentzündung
interkurrierendes Erysipel wurde in bisher wenigen Fällen versucht,
Einimpfung des Streptococcus erysipelatos künstlich Rotlauf zu er-
und die hierdurch veranlafste Entzündung als kuratives Moment zu
ten. Aber die künstliche Einimpfung einer so bösartigen Krankheit
ineswegs gefahrlos und die Versuche hatten keine ermutigenden Er-
Günstiger war stets der Verlauf von lokalen wie auch allgemeinen
heiten, wenn sich Rotlauf zufällig dazu gesellt hatte. Prof. Schwimmer
un die hierüber von ihm beobachteten Fälle, deren Krankheitsgeschichten
gibt, bekannt, und resümiert dieselben dahin, dafs:

1. Entgegen den Beobachtungen von Sabatier, Ricord, Mauriac etc.
onstituionellen syphilitischen Prozessen das Erysipel nur einen be-
kten kurativen Einfluſs hatte, die Syphilis mitunter zurückdrängte,
in ihrem Wesen nicht zerstörte und keine dauernde Heilung brachte.
2. Der Rotlauf auf den Bestand, Verlauf und Heilung des Lupus gar
n Einfluſs ausübe, ebensowenig als auf Psoriasis, Ekzem oder Prurigo.
3. Bei einer hochgradigen beiderseitigen Epididymitis, die allen Be-
ungsweisen trotzte, während eines 10 Tage anhaltenden Rotlaufes des
hts die Exsudation im Hoden und Nebenhoden vollkommen resorbiert
ebenso hochgradige ausgebreitete Narbenkeloide und ein hochgradiges
tom der Halsgegend durch hinzugetretenen Rotlauf vollständige Rück-
ng erfuhren.

Aber auch andre allgemeine fieberhafte Prozesse hätten eine ähnliche
irkung, wie der Fall eines jungen Mädchens zeigt, das mit einer syphi-
hen Induration in das Spital trat und nach mehreren Wochen Typhus
m; bei dem Mädchen involvierten während der typhösen Erkrankung
ndurationen und die bestandene Drüsenanschwellung, die syphilitische

Primäreffloreszenz war geheilt, und alle daraus sich entwick
zustände waren im Keime erstickt.

Schwimmer ist der Ansicht, dafs man als umstimme
Wirkungen entfaltende Faktoren entweder die Erysipelkok
durch das Fieber bedingte Reaktion oder beide zugleich betr

In der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien stellte
Dozent Dr. Riehl einen Fall von **Xeroderma pigmentosu**
Prof. Kaposi bemerkt, dafs das Wesentliche dieser Krankheit
Pigmentierung bestehe, sondern darin dafs die Melanose sich
entwickelt, Veränderungen an den Gefäfsen, Teleangiektasien
Papillarkörper stark hypertrophiere und Karzinome ungemei
entwickelten.

Nürnberg. E

Frankreich.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Ba
Heft 1—3.

Zwei gröfsere, in diesem Bande der *Annales* begonn
arbeiten: Über die Dermatitis herpetiformis Dühring, v
und eine Abhandlung von Leloir über den dermatologisch
Unterricht auf deutschen und österreichischen Universitäten, v
Monatsheften mit Bewilligung der Autoren ausführlich in Üb
erstere Arbeit mit Anmerkungen von Dr. Unna versehen, ersc

An sonstigen Originalarbeiten enthalten die Hefte 1—3

**Zwei Fälle von verruköser Hauttuberkulose. — Ü
kutane Jodoformbehandlung der nicht ulcerativen Hau
und Skrofulose,** von A. Morel-Lavallée. Im ersten Fall ha
um Lupus des rechten Handrückens bei einem Erwachsenen, d
litisch ist, aber aus tuberkulöser Familie stammt. Nach Jodo
Einspritzungen ging die Affektion bedeutend zurück, ohne jed
heilen. Das Allgemeinbefinden besserte sich. Die Behandlun
Monate gedauert. Die täglich eingespritzte Jodoformmenge
die Einspritzungen wurden nicht direkt ins kranke Gewebe, so
gewissen Entfernung davon vorgenommen.

Der zweite Fall betraf ein junges Mädchen. Hier war
Handrücken lupös erkrankt. Auch hier schon nach 18 Einspr
auffallende Besserung des erkrankten Teils ohne irgendwelch
Allgemeinbefindens.

Ermutigt durch diese Erfolge versuchte Verfasser das V
in drei Fällen von Lupus tuberculosus des Gesichts — die Krank
sind ausführlich mitgeteilt — und hatte auch hier, selbst

gen fern vom locus affectionis erfolgten, eine günstige Heilwirkung eichnen. — Völlig im Stich liefs ihn jedoch die subkutane Jodoformung bei den eigentlichen tuberkulösen Ulcerationen. Es wird über älle derartiger Nasenaffektionen berichtet, wo die Jodoformeingen durch längere Zeit erfolglos fortgesetzt wurden.

OREL-LAVALLÉE gelangt schliefslich zu folgenden Sätzen:

Das Jodoform, in kleinen Mengen unter die Haut gespritzt, erweist tzlich zur Behandlung gewisser tuberkulöser Dermatosen.

Es scheint mehr als ein Spezifikum gegen die Krankheit, denn als Antiseptikum zu wirken.

Es hat, bis jetzt wenigstens, nur immer wesentliche Besserung, noch öllige Heilung erzeugt. Man wolle aber bedenken, dafs die Behandr zwei Monate fortgesetzt und nur mit geringsten Mengen ausgeurde.

Die Einspritzungen brauchen nicht in unmittelbarer Nähe des eitsherdes zu erfolgen.

Das flüssige Vaselin eignet sich am besten zum Vehikel des Jodoforms.

Die Maximaldose des in der Zeiteinheit einzuspritzenden Jodoforms erst zu bestimmen.

eitrag zum Studium der Wirkung des Quecksilbers auf den smus, von A. RÉMOND. Angeregt durch eine diesbezügliche Verhung von MÜLLER (*Würzburger Med. Klinik.* 1886) hat Verfasser bei jährigen syphilitischen, sonst aber gesunden Frau Quecksilberdämpfe ndt. Die Heilung der Syphilis ging dabei schnell von statten, während in steigender Menge Hg (bis zu 8 mgr und darüber) durch den Harn hieden wurde. Die Behandlung konnte aber nicht bis zu Ende eführt werden, weil die Kranke — infolge des langen Aufenthalts in möglichst wenig gelüfteten Raum, wie Verfasser mit Recht annimmt bald hochgradig anämisch wurde. Um nun festzustellen, ob nicht ei der Schmierkur das Hg nur von den Lungen aus wirke, indem dem Einreiben verdunstende Quecksilber eingeatmet würde, liefs er bei einem 9jährigen hereditär luetischen Mädchen täglich einen teil mit grauer Salbe einschmieren; der betreffende Körperteil wurde nmittelbar darauf mit Leinwand und Gutta-Percha möglichst luftdicht t. Auch hier liefs sich, wenn auch etwas später und in geringerer das Quecksilber im Harn nachweisen. Für RÉMOND ist damit erdafs Lunge und Haut unabhängig voneinander das Hg resorbieren. sorption erfolgt schneller von der Lunge aus. Das Quecksilber wird gender Menge wieder ausgeschieden. [Indessen ist es doch fraglich, n jede Quecksilberverdunstung durch einen noch so sorgfältig angeGuttaperchaverband unmöglich machen kann; und ob nicht während nreibung selber soviel verdunstendes Quecksilber von den Lungen ommen wird, um hernach im Harn wieder ermittelt werden zu n, bleibt auch noch zu erwägen. Der Ref.]

Die Rubrik „Kasuistik“ enthält:

Spontangangrän der Finger infolge von Arteriitis syphil von Baron d'Oruellas.

Hydroa bulleux de Bazin à récidive, von Petrini (Galatz). mit Heilung.

Syphilis hereditaria, von M. Linn. Nach der Geburt eines e gesunden Kindes war der Mann luetisch geworden. Das nun folgende ist ausgesprochen syphilitisch und stirbt bald, während die Mutter Zeichen von Syphilis aufweist.

Fall von hereditärer Syphilis in der zweiten Generation Dezanneau. Ein Unteroffizier war 1886 nach mehrwöchentlichen schmerzen an rechtsseitiger Hemiplegie und Hemianästhesie erkrankt. mehrmonatlicher Behandlung, namentlich mit Jodkali, konnte er als g entlassen werden. Aber schon im September 1887 erkrankte der 23jährige, sonst ganz gesunde Mann wieder unter den nämlichen Erscheinu dazu gesellten sich heftige Augenschmerzen, Thränenfluſs und eine so gradige Keratitis interstitialis, daſs er nichts sehen konnte. — Alle Sym verschwanden wieder nach einer energischen Schmierkur. — Patient ist nie syphilitisch gewesen, zeigte auch keinerlei Spuren früher bestan Syphilis. Seine Mutter war von jeher völlig gesund, hat zweimal aus kannten Ursachen abortiert. Ein scheinbar gesundes Kind starb 7 M alt an Hirnerscheinungen. — Der Vater zeigt ebenfalls keine Spu Lues oder sonstiger Krankheit; war überhaupt, seiner bestimmten A nach, nur einmal krank, und zwar litt er im Alter von 14 Jahren mehrere Monate an Paralyse der Beine und heftigen Kopfschmerzen, D sehen und Schwäche; 5 Geschwister waren während oder gleich nac Geburt gestorben.

Dezanneau folgert aus diesen Angaben, daſs die Krankheit des U offiziers hereditär-syphilitischer Natur war, und daſs er dieselbe von s Groſsvater väterlicherseits ererbt habe.

Herpetisches Fieber mit Erscheinungen abseiten der Haut der Augen, von Henri Feulard. Der Titel besagt alles.

Hamburg. Türkheim.

Verſchiedenes.

Über den Nachweis von Quecksilber auf elektrolytis Wege, von C. H. Wolff in Blankenese. Im *Repertorium der analyt Chemie.* No. 8. 1883 ist eine ausführliche Arbeit des Verf.s über den weis von minimalen Mengen Quecksilber auf elektrolytischem Weg öffentlicht. Der hierfür verwendete Apparat hat nun schon seit lä

durch Wolff eine wesentlich einfachere und verbesserte Form erhalten, n Beschreibung und Handhabung Zweck gegenwärtiger Arbeit bildet, i es allerdings nötig war, zum besseren Verständnis des Ganzen hes aus dem früheren Aufsatze zu wiederholen.

In dem mit Zu- und Abfluſs versehenen, oben kugelförmig erweitertem ohre *A* (Fig. 1), dem eigentlichen Zersetzungsapparate, ist die positive rode in Form einer der inneren Wandung anliegenden starken Platin-spirale eingeschmolzen, das äuſsere Ende des Platindrahtes ist in die *n* bezeichnete Klemme des Statives eingeführt, wodurch ein sicherer akt jeder Zeit erzielt werden wird. Die negative Elektrode besteht

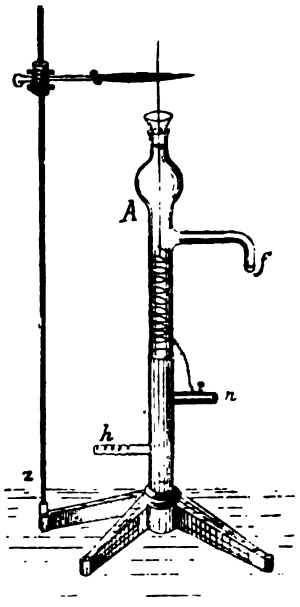


Fig. 1.

Fig. 2.

einer Spirale von dünnem Eisendraht (Klavierdraht), welche zunächst ach verkupfert und dann versilbert wird. Man macht sich davon hzeitig eine Anzahl vorrätig, da für jeden anzustellenden Versuch neue Spirale verwendet wird. Zur Abscheidung andrer Metalle aus n Lösungen mit Hilfe dieses Apparates auf elektrolytischem Wege, Kupfer, Silber u. dgl., verwendet man eine eben soche Spirale aus indraht. Das auf dieser abgeschiedene Metall wird alsdann zur An-ung von Identitätsreaktionen im Reagensglase mit einigen Tropfen etersäure in Lösung gebracht. Die Spirale wird in dem Glasrohr oben ch einen kleinen durchbohrten Kork, der gleichzeitig den Verschluſs et, befestigt und erhält den Strom durch den an der Stange verstell-

baren, in eine Pinzette endenden seitlichen Arm zugeführt. Stange befindet sich eine mit *z* bezeichnete Klemmschraube z mit dem Zinkpol der Batterie.

Die zu elektrolysierende, auf Quecksilber zu prüfen tritt von unten bei *h* in das Rohr ein, welches durch Gumr Schraubenquetschhahn mit einem die Flüssigkeit enthalte verbunden ist. Der Zufluſs derselben wird mit Hilfe des Sch hahns so geregelt, daſs dieselbe oben bei *f* tropfenweise (in ein Tropfen) in die untergestellte Flasche fließt, während der angegebenen Richtung die Elektroden durchströmt. wie die Flüssigkeit die Elektroden von unten nach oben durch sich nun alles Quecksilber auf der versilberten Kathode ni die von Quecksilber freie Lösung bei *f* abläuft. Man läſst lysierende Flüssigkeit im ganzen dreimal den Apparat du hat Verf. gefunden, daſs dieses genügt, um selbst die minir silbermengen auf der Kathode abzuscheiden. Die Flüssig 3—4 % Schwefelsäure angesäuert oder — wenn diesell Stoffe enthält, was ja meistens der Fall ist, da es sich Nachweis von Quecksilber im Harn handelt — diese zunäch säure und chlorsaures Kalium zerstört. Der Nachweis ge Harn ohne vorher die organischen Stoffe zu zerstören, ind sich bei der Elektrolyse gar leicht schleimige Stoffe fest ar ab, die bei dem gleich zu beschreibenden weiteren Verfahre Reaktionen trüben. Hat nun die zu elektrolysierende Flüs den Weg durch den Apparat gemacht, so wird sie durch reinem Wasser allmählich verdrängt, bis bei ununterbroch keine Gasentwickelung an den Elektroden mehr stattfindet wird alsdann herausgenommen, abgespült, durch Eintauchen i dann in Äther vollständig von Feuchtigkeit befreit und dar schneiden des Drahtes in ein Glasrohr von 6 mm Durch schmolzen, wie Fig. 2 zeigt, dessen andres, offenes Ende Man erhitzt jetzt das Glasrohr, dort wo die Spirale lieg anfangend, unter fortwährendem Drehen in einer Glasflar Glühen, infolge dessen alles elektrolytisch abgeschiedene Q flüchtigt wird und in der Wölbung und dem engen Teil d wieder als Anflug verdichtet. Nachdem etwas erkaltet, schn zugeschmolzene Ende des Glasrohres ab, entfernt die Spi an dessen Stelle in die Röhre ein kleines Splitterchen Jod verflüchtigt sich, bezw. wird dies durch schwaches Erwärmen verwandelt alles vorhandene Quecksilber in Jodid, welches m sehr vorsichtiges Erhitzen über einer kleinen Spiritusflamme Teil *d* der Röhre hineintreibt, wo dann der hier entstehe auch nur Anflug von Quecksilberjodid dieselbe Beweiskraf wesenheit des Quecksilbers in den Proben bietet, wie dies

sens mittels des Marschschen Apparates durch den erhaltenen Arsen-
der Fall ist.

ie Empfindlichkeit dieser Methode bei Abwesenheit aller störenden
inflüsse ist ganz aufserordentlich; Mengen von $^1/_{10}$, $^1/_{20}$, $^1/_{50}$, $^1/_{100}$ mg
lber in 100 ccm Wasser gelöst, das sind Verdünnungen von 1 bis
ionstel, gaben jederzeit in scharfer Weise die Quecksilberjodidre-
Bei der stärksten von Verf. versuchten Verdünnung 1 : 10 Million.
ng in 100 ccm) ist die Quecksilberjodidbildung allerdings nur mit
ler Lupe als eine Reihe roter Punkte in der Kapillare zu erkennen,
man das Rohr bei auffallendem Lichte gegen einen dunklen Hinter-
betrachtet, aber dadurch nicht minder beweisend. Zur Erhaltung
äparates schmilzt man alsdann das Glasrohr an beiden Enden zu.
berschufs an Jod ist zu vermeiden und vor dem Zuschmelzen des
zu entfernen.

teht genügend Material zur Verfügung, um noch ein zweites Präparat
tigen, und ist die gefundene Quecksilbermenge nicht allzu gering,
d die ganze Reaktion ungleich deutlicher und schöner, wenn man
enschaft des Quecksilberjodids, in so ausgezeichneter Weise in cha-
tischer Kristallform zu sublimieren, benutzt, um den erhaltenen
lberjodidanflug in dem Kapillarrohre auf der unteren Seite eines
äschens zu sublimieren und so in geeigneter Weise auf einem Ob-
ger befestigt, das mikroskopische Präparat als „corpus delicti" den
beifügt. Das Kapillarrohr wird hierfür hinter und vor dem Beschlag
nitten und dieses Stückchen mit dem Quecksilberjodid entweder
der vorher im Achatmörser etwas zerstofsen, indem man diesen
it ein wenig Glaspulver nachreibt, in einem spitz ausgezogenen und
nolzenen, oben abgeschliffenen Ende Glasrohr von etwa 25 mm
und demselben Durchmesser, wie dasjenige, welches zum Ausglühen
rale diente, hineingethan.

an stellt das kleine Röhrchen jetzt aufrecht in einen kleinen mit
is zum Rande angefüllten Tiegel, bedeckt die obere gerade Öffnung
nem Deckgläschen *b* (Fig. 3) und erhitzt den Tiegel in geeigneter
ganz allmählich über einer kleinen Gasflamme.
nügender Erhitzung sublimiert jetzt das Queck-
d in glänzenden Kristallen an der unteren
des Deckgläschens; ist die Sublimation beendet,
n Zeitpunkt man bei aufmerksamem Beobachten
r Lupe sehr gut erkennen kann, so hebt man
eckgläschen vorsichtig mit der Pinzette ab und
es mit etwas Kanadabalsam mit dem Sublimat nach unten auf einen
träger. Man erhält so ein ausgezeichnet schönes und haltbares
kopisches Präparat, bei welchem namentlich die beiden verschiedenen
kationen des Quecksilberjodids und die Übergänge des gelben in die
part sehr schön unter dem Mikroskop beobachtet werden können. Das

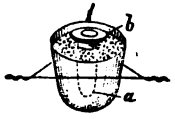


Fig. 3.

Präparat macht sich am schönsten bei der Beobachtung im Dunkel mit der Abbéschen Beleuchtungsvorrichtung.

Um Übung in der Erzielung schöner mikroskopischer Präpara erhalten, empfiehlt Verf., Versuche mit einer Mischung von Glaspulve Quecksilberjodid (1 %) vorher anzustellen, von welcher man einige gramme in das kleine Röhrchen bringt. Dieses dient ein für alle m alle späteren Versuche.

Es erübrigt zum Schlusse noch, einiges über die Verkupferung Versilberung der Spiralen, sowie die anzuwendende Stromstärke zu s Zur Verkupferung wird jede Eisenspirale zunächst einige Minuten in dünnte Schwefelsäure 1 : 5 getaucht und kommt dann während e Minute mit dem negativen Pol eines einzelnen Meidinger- oder Da schen Elementes verbunden in eine in einem Becherglase befindliche Schwefelsäure angesäuerte konzentrierte Lösung von reinem Kupfervi Als positive Elektrode verwendet man eine Spirale von starkem Kupfer von etwa 4 cm Durchmesser und 6 cm Höhe. Alsdann wird die gen verkupferte Spirale sofort herausgenommen, abgespült und sogleich silbert.

Die Versilberung geschieht in ähnlicher Weise während 4—5 Mi in einem Becherglase mit positiver Drahtspirale derselben Abmessu aus Platindraht mit einer Versilberungsflüssigkeit aus 5 g salpetersa Silber, 25 g Cyankalium, 250 g Wasser mit einer Stromstärke von 0, Die Versilberung ist dann matt. Die versilberte Spirale wird sofo gespült, in absoluten Alkohol getaucht und dann sogleich getro Geschieht letzteres nicht sorgfältig, so rosten die Spiralen leicht nachtri und verderben. Man bewahrt dieselben in einem trockenen, mit verschlossenen, weiten Reagensglase auf.

Zu der elektrolytischen Abscheidung des Quecksilbers genüg Strom von 0,10 bis 0,15 A. irgend einer konstanten Batterie, als Strom, der in 1 Minute 1,2 bis 1,5 ccm Knallgas entwickelt. Hat ma Gelegenheit, derartige elektrolytische Bestimmungen auszuführen, so emp sich die Zusammenstellung einer Batterie aus 6 grofsen Meidinger Ballonelementen, während bei nur seltenen und einzeln vorkomme derartigen Untersuchungen die Verwendung von 2 frisch gefüllten Bu schen Elementen mittlerer Gröfse stets vorzuziehen ist. Um der Beläst durch die freiwerdende Salpetrigsäure bei Anwendung konzentrierte petersäure bei der Kohle zu entgehen, wenn man in geschlossenen Rä damit arbeitet und keine Gelegenheit hat, die Elemente in einen Abzug ins Freie versehenen Raume aufzustellen und von dort den nach dem Arbeitsraume zu leiten, empfiehlt sich für die Kohle di J. Walter (*Elektrotechniker*. 1887. No. 22) vorgeschlagene folgende Misc als Ersatz für die Salpetersäure zu verwenden: saures chromsaures N 150 g, Schwefelsäure und Wasser von jedem 250 g. Die Stroms derartiger Elemente ist nach seinen Untersuchungen die gleiche, wi

ersäure und dabei ohne alle Belästigung für den Arbeitenden. Das malgamierte Zink steht, wie immer, in verdünnter Schwefelsäure Vol.

Selbstverständlich hat man durch geeignet eingeschaltete Widerstände trom auf das erforderliche Maſs der Stärke abzuschwächen.[1] (*Ztschr. ewandte Chemie.* 1888. Heft 10.)

---

1. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1888 in Köln a. Rh.

Als Einführender der *Sektion für Dermatologie und Syphilis* om 18. bis 23. September dieses Jahres in Köln tagenden mmlung deutscher Naturforscher und Ärzte erlaube ich mir eilnahme an den Beratungen dieser Sektion ergebenst ein- en mit dem freundlichen Ersuchen, Anmeldungen von Vor- baldigst an mich richten zu wollen, damit ich dieselben em nächsten Hefte dieser Zeitschrift zur Kenntnis bringen

Anmeldungen zur Beteiligung an der mit der Naturforscher- mmlung verbundenen Ausstellung nimmt Herr Dr. med. G entgegen.

Köln, Juni 1888.

Dr. med. Wolfs,
Elisenstaſse 34.

Ihre teils wahrscheinliche, teils sichere Teilnahme an der Sektion bisher — meist ohne Angabe eines bestimmten Themas — zugesagt rrren:

Behrend-Berlin;
Beissel-Aachen;
Buzzi-Hamburg;
v. Düring-Hamburg;
Eichhoff-Elberfeld;
Gründler-Hamburg;
Havas-Pest;
v. Hebra-Wien;
Kaposi-Wien;
Lassar-Berlin;
Lewin-Berlin;
Mraceck-Wien;
Neumann-Wien;
Oberländer-Dresden;
Schuster-Aachen;
Ultzmann-Wien;
Unna-Hamburg;
Ziemssen-Wiesbaden.

---

[1] Der in Fig. 1 abgebildete kleine Apparat ist nebst Stativ, Platin- oden sowie einigen versilberten Spiralen und Glasröhren als Muster, berster Ausführung von der bekannten Firma A. Krüss in Hamburg Preise von 15 M. zu beziehen.

Congrès international de Dermatologie et de S tenu à Paris en 1889. L'inauguration officielle du nouv *l'Hôpital Saint-Louis,* différée jusqu'alors afin de la faire l'Exposition universelle, aura lieu dans la première quinz d'Août de l'année 1889.

A cette occasion et en raison de l'affluence probab médecins de la France et des autres pays, les Médecins de l' Louis ont jugé le moment favorable pour la réunion d'un Co national de Dermatologie et de Syphiligraphie. Ce la durée sara d'une semaine, se tiendra dans la grande salle *l'Hôpital Saint-Louis.*

M. le Dr. Ricord, membre de l'Académie de Médeci honoraire de l'Hôpital du Midi, a bien voulu accepter d'honneur du Congrès; M. le professeur Hardy, membre de Médecine, médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Louis, rempli de président. Les vice-présidents seront choisis parmi les méd qui voudront bien répondre à notre appel.

Les Médecins en exercice de l'Hôpital Saint-Louis, réu d'initiative, prient leurs Confrères de la France et de l s'occupent plus particulièrement de Dermato-Syphiligraphie d honorer de leur présence cette inauguration et de prendre pa du Congrès.

Avant la fin de l'année 1888, des lettres de convoca seront envoyées, indiquant la date exacte de réunion, les noms qui se seront déjà fait inscrire, les communications annonc et les règlements du Congrès.

Membres du Comité d'initiative:

MM. Emile Vidal, membre de l'Académie de Médecine, l'Hôpital Saint-Louis.

Ernest Besnier, membre de l'Académie, médecin de l' Louis.

Alfred Fournier, professeur de Clinique des maladi syphilitiques, membre de l'Académie de Médecine l'Hôpital Saint-Louis.

Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de Médecin l'Hôpital Saint-Louis.

Quinquaud, professeur agrégé à la Faculté de Médecine l'Hôpital Saint-Louis.

Tenneson, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Henri Feulard, chef de clinique adjoint de la Facu Saint-Louis, *Secrétaire du Comité.*

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg und Leipzig.
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Ric

Inhalt von No. 1—12.

Originalabhandlungen.

Seite

el, J. Syphilitische und merkurielle Zungengeschwüre 265
h, R. (Kopenhagen). Über Ansteckung und Ansteckungswege bei yphilis 149. 197
hardt, M. Zur schwarzen Haarzunge. Mit Abbildung 399
hart, Max. Plumbum causticum (Gerhardt) zur Behandlung der pitzen Kondylome 173
ing, Louis A. Über die Diagnose der Dermatitis herpetiformis 158
ng, E. von. Über Doppelkomedo. Mit 2 Abbildungen 401
licht zerfliefsbare Harnröhrenstäbchen 246
Recidivierender Herpes zoster femoralis 509
nann, L. Über die Behandlung der Syphilis durch subkutane Kalomelinjektionen 262
, E. Über Kreuznacher Mutterlauge und Chlorcalcium in der Behandlung der Hautkrankheiten 347
ssurow, N. Mechanische Behandlung der Pityriasis versicolor .. 507
ann-Dumesnil, A. H. Über Doppel-Komedo. Mit 2 Tafeln ... 57
rsen, O. Über extragenitale Syphilisinfektion. Ein Fall von Ulcus ıduratum der Tonsille 307
Versuch einer pathologisch-anatomischen Statistik der visceralen yphilis 109
rd, Henry G. Salz in der Hygieine der Haut und der Therapie er Hautkrankheiten 223
k, Alois. Beiträge zur Kenntnis der Frühformen der Larynx-yphilis 298
tebnoff, A. Über Erysipel 214. 249
nson, A. R. Pathologie und Therapie der Alopecia areata 409. 476. 525. 582
, G. H. Studien über Hirsuties 6
, S. Zur Lehre vom Lichen ruber 415. 513. 574
lz, Hugo. Ein Beitrag zur Pharmakodynamik des Schwefels ... 122
ter (Aachen). Über die Behandlung der Syphilis des Nerven-stems während der letzten 13 Jahre 13. 72
off, G. (Helsingfors). Ein seltener Fall von ausgebreiteter sym-trischer Verunstaltung auf Grund hereditärer Syphilis. Mit afel 1
k, Karl. Über die therapeutische Verwendung des Quecksilber-cylats in der syphilidologischen Praxis 457

Unna, P. G. Die Anwendung des Chloroformwassers zur Lös
Medikamenten
— Zur Behandlung der Akne
— Die postekzematöse Furunkulose
— Zur Lupusbehandlung
— Pariser Briefe. I. Das Museum Baretta
— — II. Lichen ruber. — Pseudolichenöse Affektione
— — III. Erythrodermia chronica sarlatiniformis. —
rubra pilaris
— Entfernung von Rostflecken an Instrumenten
— Über Sykosis
— Behandlung der hyphogenen Sykosis
— Therapie der kokkogenen Sykosis
— Verband bei Verbrennung zweiten Grades
— Ein regulierbarer Zerstäuber. Mit Abbildung
— Die Züchtung der Oberhautpilze. Mit 1 Abbildung
Ziegeler. Zum Nachweis von Quecksilber auf elektrolytische

Referate.

Araujo, Silva. Atlas des maladies de la peau. Heft 1—3.
Besnier, Ernest. Sur le lèpre
Brandt. Zur Ätiologie des Lupus vulgaris
Binz, C. Vorlesungen über Pharmakologie
Capderelle. Über eine besondere Ernährungsstörung der
Tabetikern
Chomse, O. Ein Beitrag zur Kasuistik der Lepra in den Ostseep
Rufslands, speziell Kurlands
Crookshank, E. M. Manual of Bacteriology. — Photography
teria
Darbouet, Ernest. Über retro-pharyngeale Drüsenanschwellun
tischen Ursprungs
Disse, J. und Taguchi, K. Das Kontagium der Syphilis
Erythrophläïn. (Übersichts-Referat)
Fauvel, René. Über die chronische Entzündung und die Fi
Glandula vulvovaginalis
Finger, E. Die Blennorrhöe der Sexualorgane und ihre Komplil
Gérard. Zur Pathogenese der varikösen Geschwüre
Godart, E. Über Chrysarobin oder Chrysophansäure des Han
Grussin, C. Beitrag zum Studium der akuten Cowperitis und
peritis
Haegele, F. Ein Fall von Papilloma neuropathicum frontis.
Hamonic, Paul. Über nicht spezifische oder Rectitis prolife
Harries, Arthur und Campbell, C. M. Lupus, eine patholog
tomisch und klinische Untersuchung seiner Ätiologie, Entw
und Behandlung
Heitz, V. Beitrag zum Studium der bullösen Eruptionen
Hennocque, C. Beitrag zum Studium des Favus der Haut
Muskeln
Krevet. Ein Fall „zu kurzer Haut“ (diffuse Sklerodermie)
lichem Verlauf
Khröv, C. Über die arthritische Anlage. Sind die Lipome arth
Ursprungs?
Lesage, E. Über Schanker infolge von Bifs

er, E. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. Teil. eschlechtskrankheiten. 5. Aufl. ... 134
nt, C. Beitrag zum Studium des Myooedema ... 377
ll Anderson, T. A Treatise on Diseasis of the skin ... 86
it, M. Über die Virulenz des Bubo, der im Gefolge des weichen chankers auftritt ... 428
i, Alois. Studien über das Verhalten der Schleimhäute bei akuten xanthemen ... 277
nann, J. Atlas der Hautkrankheiten. Lieferung VII ... 36
son, Friedr. Ein Beitrag zur Kenntnis der Lepra in den Ostsee-rovinzen Rufslands ... 368
er, Léon. Beitrag zum Studium der Elephantiasis Arabum ... 429
ppeau, A. Beitrag zum Studium der Epulis ... 380
J. Über Lues congenita tarda ... 276
eninger, E. Mitteilungen aus der dermatologischen Klinik des gl. Charité-Krankenhauses zu Berlin. Heft 1 — 3 ... 37
el, Victor. Über Mikroorganismen unter dem antiseptischen inkverbande ... 433
Georg. Pathologie und Therapie des Herpes tonsurans der opfschwarte ... 432
nasoli, P. Beitrag zur Anatomie und Pathologie der Oberhaut, ebst Studien über gewisse Oberhautverdickungen ... 230

Mitteilungen aus der Litteratur.

ka 138. 186. 283. 335. 393. 451. 497. 552.
n 386.
nark, Schweden und Norwegen 44. 184. 551.
chland 90. 231. 319. 434. 537. 587.
nd 46. 101. 447. 488. 550.
reich 101. 143. 179. 288. 325. 388. 596.
n 289. 330. 390. 448.
reich 41. 98. 138. 181. 236. 277. 382. 441. 485. 543. 592.
nien 245.
nd 145. 334.
iz 245.

chiedenes 52. 108. 146. 193. 245. 291. 343. 396. 452. 506. 555. 598
chte über Versammlungen 28. 80. 196. 603.
onalien 54. 194. 246. 344. 398. 456. 555.
der Praxis 54. 108. 147. 195. 246. 294. 344. 399. 456. 507. 555.
eratureingänge 508. 556.

Sachregister.

Ainhum 87.
Akne (Seiler) 141.
Aknebehandlung (Unna) 54.
Akonitin b. syphil. Cephalaea (Leroy) 102.
Alopecia areata (Tommasoli) 148. 291.
— Ansteckungsfähigkeit(Thibierge) 144.
— Ätiologie (Mibelli) 32.
— Zur Ätiologie und Symptomatik (M. Joseph) 319.
— und deren Behandlung (Jackson) 452.
— Behandlg. (Schachmann) 104.
— und Haarveränderung bei derselben (G. Behrend) 90.
— Pathologie u. Therapie(Robinson) 409. 476. 525. 582.
— Pathogenese (Behrend) 32.
— u. A. syphilitica (Giovanini) 28.
Alopecia pityrodes 295.
Anästhäsie, lokale, neue Methode zur Erzeugung (Pelizzari) 83.
Anatomische Wandtafeln der männl. Sexualorgane 400.
Angina pectoris auf syphilitischer Grundlage (Hallopeau) 288.
Angioneurotisches Ödem (Falcone) 291.
Anthrachinonfarbstoffe 454.
Anthrarobin (G. Behrend) 434. 488.
Anthrax mit Jpecacuanha behandelt (Muskett) 550.
Anthrophore 438.
Antipyrin und Antipyrese (Cattani) 289.
— bei Gonorrhöe 196. 344.
Argyrie (Byron) 489.
— der Urethra (Grünf
Argyrismus bei Silberar
vin) 144.
Arsenkarzinom (Hutchi
Arsenpigmentierung nac
493.
Arthritis (Khröv) 380
— syphilitica 180.
Arzneiexanetheme (Less
Asphyxie, lokale u. symm
der Extremitäten (Cia
Atherome (Schwening
Ausschlag an der Nase

Beriberi (Weintraub)
Beschneidung, rituelle, G
Betol (Kobert) 591.
Blasenrupturen (Ullma
Blasentumor (Stein) 34
Blennorrhagie (Nivet)
— Behandlung 192.
Blennorrhöe der Sexulo
ger) 534.
Borsäurevergiftung (Sp
Brudergeschwür 87.
Brustwarzenschanker 28
Bubo im Gefolge des we
kers, Virulenz des (M
Bubonenbehandlung, chi
dek) 487.
Bullöse Eruptionen (He

Chloroform als fäulniswi
352.
Chloroformwasser zur
Medikamenten 406.

drombildung, multiple (Frey) 3.
sarobin 381. 488.
unctivitis chrysophanica (Trousau) 42.
onorrhoica 42.
philitica (Guttmann) 439.
iva-Exanthem 442.
n grafting 139.
eritis (Grussin) 379.
ersche Drüsen 193.
tomie (Keen) 497.

lyfieber '87.
beule 86.
ue 87.
atitis exfoliativa (Bronson) 337.
- aus Psoriasis (de Amicis) 33.
atitis herpetiformis (Duhring) 3. (Schadek) 335.
iagnose (Duhring) 158.
atologische Erfahrungen eines nres (Blank) 552.
otizen (Elliot) 340.
atolysis, allgemeine 145.
atosen durch gefärbte Stoffe 189.
nige neuropatische (Campana) 5.
iese, hämorrhagische (Fuchs) 183.
theritischer Schanker 187.
la Ndugu 87.
elkomedo (Ohmann-Dumesl) 57, (v. Düring) 401.
enanschwellung, retropharyngeale arbouet) 430.

em der Genitalen der Diabetiker ournier) 445.
ma circinatum thoracis (Boeck) 1.
rythematosum beim Neger 505.
nfantum (Boeck) 551.
eborrhoïcum 335.
olare (Veiel) 244.
ulvae bei kleinen Mädchen, Bendlung (H. Fournier) 327.
embehandlung (R. Crocker) 51. 3; (Simon) 52; (Veiel) 181; esnier) 192.
opische (Jarisch) 549.
trischer Sonnenstich (Defonaine) 327.

Elektrotherapie der Spermatorrhöe (R. Wagner) 92.
Elephantiasis 137; (Grässner) 40.
— zur operativen Behandlung (Helferich) 231.
— Lagerungsverhältnisse als Ursache (Mapother) 447.
— der Beine 343.
— der männlichen Genitialen (Landau) 590.
— Arabum (Morison) 347. (Peltier) 429.
Elephantoide kongenitale Leiden (S. Mackenzie) 490.
Endocarditis mit Embolien der Haut (Parker) 492.
Endoskop von Schütz 345.
Endoskopie d. männlichen Urethra (Klotz) 451.
Epididymitis, frühzeitig auftretende syphilitische (Hyde) 287.
Epitheliom, Behandl. mit Acidum lacticum 342.
— Behandlung mit schwachen Ätzmitteln (Lewis) 342.
— aus Lupus entstanden (Raymond) 103.
Epulis (Philippeau) 308.
Erysipel (Polotebnow) 214; (v. Nussbaum) 236; (Kaposi) 544.
— 70 Fälle (Schadek) 334.
— Behandlung (Poletebnow) 249; (Hilsmann) 542; (Fraipont) 546.
— Einfluss auf Lupus (Winternitz) 183.
— Einfluss auf Syphilis (Neumann) 442.
— Anomale Formen 257.
— Heilwert bei verschiedenen Krankheitsformen (Schwimmer) 594.
— durch Jodoform (Frey) 548.
— Mikroorganismen (Pawlowsky) 541.
Erysipelkokken in der Luft chirurg. Krankenzimmer (v. Eiselsberg) 146.
Erysipeloid 340.
Erythem d. Cholera (Gundrat u. Broca) 329.
Erythema multiforme 396.
— nodosum (Breda) 289.
— polymorphum (Haushalter) 180.
— scarlat. 103.
— vesiculosum nach Einreibungen mit Terpentinöl (Broca) 328.

Erythematöse Entzündungen der Hände durch Frostbeulen (Besnier) 191.
Erythembehandlung 192.
Erythrodermia chronica scarlatiniformis (Unna) 566.
Erythromelalgie 450.
Erythrophläin 362.
Exfoliatio areata linguae 142.

Favus 136.
— der Haut und Muskeln (Hennocque) 379.
Fibroma molluscum 538.
Fieber erregende u. hemmende Mittel (Aronsohn) 324.
Fistula stercoracea (del Chiappa) 290.
Framboësia 87; (Schwimmer) 442.
Furunkulose, postekzematöse (Unna) 147.
Fufsgeschwüre und ihre Behandlung (Romich) 41.
Fufsschwamm 87.

Gangrän des Gliedes bei Diabetes 144.
— spontane, der Finger infolge von Arteriitis syphilitica 598.
— symmetrische (Suckling) 490.
Gebärmutterspiegel mit Kühlapparat (Scarenzio) 31.
Gefäfsektasien am unteren Rippenrande (Schweninger) 39.
Gefäfskranz am unteren Rippenrande (Schmidt) 39.
Gelatine-Bougies 193.
Gelenkrheumatismus, zur Pathagenese (Falcone) 334.
Geschwulst um die Urethra 506.
Gesichtsrose zur Genese (Ziem) 588.
Glandula vulvuvaginalis, chron. Entzündung und Fisteln der (Fauvel) 878.
Glossy skin (Bowlby) 101.
Gonokokken, Verhalten zu Thallinsalzen (Kreis) 245.
Gonokokkus Neisser (Audry) 143; (Allen) 189.
Gonorrhöe 196.
— Behandlung (Smith) 52.
— Behandlung mit Berücksichtigung der Thallin-Präparate (Goll) 245.
Gonorrhöe, Behandlung mit Antrophore (Nachtigs
— Diagnose u. Behandl. (T 36.
— Jodoform bei (Falco
— Infektiosität (Denti)
— s. w. Tripper.
Gonorrhoische Arthritis soli) 289.
— Mischinfektion bei (Bumm) 94.
Grübchen am Frenulum tiums (Valenti) 84.
Gummata im M. sartoriu

Haarausfall bei einer 439.
Haare, menschliche, no wickelung, und über änderungen (Giovann
Haarentfernung durch 191.
Haarkrankheiten, parasitä 45.
Haarzunge (Roth) 544.
— schwarze (Bernha (Schech) 434.
Harn, Mikroorganismen i und bei Morbus Brigth
Harnblase, perineale Dr männlichen (Krysiew
Harnfieber (Obalinski)
Harnröhre, papillomatös hautentzündung der (Oberländer) 245.
Harnröhrenstäbchen, nicht (v. Düring) 146.
Harnröhrenstrikturen, die nen Behandlungsmeth deren Kritik (v. Anta
— schnelle Erweiterung (
— zur Pathologie und (Casper) 438.
Harnsäureausscheidung a (Tichborne) 491.
Haut, zur Anatomie und (Tommasoli) 230.
— anatom. Veränderung tischen, nach Ablauf d scheinungen (J. Neum
— Fall von zu kurzer (K
Hautaffektion, lineare 189.
Hautbohrer (Keyes) 189.

epitheliome 82.
erkrankungen, entzündliche und plast. (Giovannini) 102.
eruptionen nach Kubeben und baiva (Ohmann-Dumesnil) .
färbungen, Entfernung blauwarzer 52.
ucken 92.
krankheiten und Allgemeinerkuugen (Hutchinson) 46.
nteilungsprinzip 335.
krankheitenmodelle 456.
eiden nervösen Ursprungs eloir) 107.
lege (Ulmer) 183.
photographie (Piffard) 393.
pilze, Färbung (Boeck) 551.
syphilis, noch unbeschriebene rm (Salsotto) 448.
- und Unterhautsyphilis der rn- und Geschlechtsorgane auriac) 101.
teratome (Majocchi) 33.
tuberkulose durch Inokulation d Autoinfektion (Steinthal) 437.
ubkutane Jodoformbehandlung nicht ulcerativen (Morel-vallée) 596.
rruköse (Morel-Lavallée) 596.
veränderungen, anatomische, bei brauch von Kobaivbalsam (Neuann) 548.
ianopsie, einseitige temporale, folge syphil. Artheriitis cerebralis 8.
iplegie bei einem heredit. syphilit. nde 145.
pes u. H. Zoster (Schweninger) .
xfoliat. maglign. 102.
abialis bei Abdominal-Typhus 'alcone) 333.
tonsurans, neue Behandlung 'laron u. Gevaert) 387.
— und animale Lymphe (Hager) 36.
— der Kopfschwarte (Thin) 432.
— maculosus 340.
— maculos. et spuamos. (Peroni) 3.
Zoster (Robinson) 284.
— doppelseitiger (Elliot) 287.
— femoralis, recidivierender (v. Düring) 509.

Herpesartige Hautentzündung 145.
Herpetisches Fieber 598.
Hirsuties (Rohé) 6.
Hoden- u. Nebenhodenentzündung durch Anstrengung der Bauchpresse (Englisch) 547.
Horn an der corona glandis (Brinton) 287.
Hühneraugenbehandlung mit Salicylsäure (Rösen) 325.
Hutchinsonscher Zahn 106.
Hydatiden-Urticaria, zur Pathogenese (Deboven) 325.
Hydrargyrum oxyd. flav. 241.
Hydroa bullosa 598.
Hydroadenome (Jaquet u. Darier) 106.
Hydrocele, Behandlung (King) 502.
Hyperidrosis (Cutlar) 393.
— bei Fettleibigen (Buzzi) 40.
— circumscripta 495.
— oleosa capitis 148.
— pedum, Behandlung 494.
Hypertrichosis, umschriebene (Ohmann-Dumesnil) 503.
Hypertrophie eines Ohres (Schweninger) 38.

Ichthyol 193.
— innerer Gebrauch (v. Nussbaum) 232.
— und Resorcin (Jackson) 284; (Dunclass) 286.
Ichtyosis congenita (Hebra) 443.
— universalis congenita (Schwimmer) 443.
Impetigo contagiosa (Jackson) 501.
— sycosiformis (Poncet) 143.
Impftuberkulose infolge ritueller Zirkumzision (W. Meyer) 283.
Inguinalbubonen (Odmannson) 184.
Ipecacuanha bei Pustula maligna u. Anthrax (Muskett) 550.
Iritis gonorrhoica 42.
— syphilitica als spätes Symptom u. nicht als Rückfall der Syphilis (Scarenzio) 331.

Jodismus, akuter (Heller) 138.
Jodoform bei akuter Gonorrhöe (Falcone) 333.
— u. Erysipel (Frey) 548.

Jodoformbehandlung, subkutane, der nicht ulcerativen Hauttuberkulose und Skrofulose (Morel-Lavallée) 596.
Jodoformdermatitis (Krevet) 435.
Jodoformeruptionen (de Amicis) 34.
Jodoformkollodium 52.
Juckblattern, Beziehungen zum Nervensystem 486.

Kalomel 384.
Kalomeleinspritzungen bei Lues 35. 235. 243; (Neumann) 548.
Karzinom s. Krebs.
Karzinomatöse Haut, Transplantation von (E. Hahn) 589.
Keimgehalt von Seifen und Verbandmaterialien (Eiselsberg) 42.
Keloid, Pathogenese und Therapie (Barduzzi) 391.
Keratitis interstit. (Trousseau) 143.
Keratosis senilis und deren Beziehung zum Epitheliom (Rohé) 452.
Knötchensyphilid (Taylor) 284.
Kokain bei Haut- u. Syphiliskrankheiten (Pajor) 545.
Kondylom, breites, zur Hystologie (Pinner) 323.
Kondylome, Behandlung (Bockhart) 173.
Kongreſs, VII., für innere Medizin 196.
— internationaler, für Dermatologie und Syphiligraphie in Paris 604.
Korneome, Struktur 85.
Krätze, Behandlung (Besnier) 328.
Krebs mit Chiosterpentinöl behandelt (Clay) 489.
— und krebsige Erkrankung (Paget Bart) 447.
— bei Syphilis (Lang) 549.
Krebsvirus (Sturgis) 189.
Kreolin (Klamann) 92; (B. Fischer) 292.
Kreuznacher Mutterlauge bei Hautkrankheiten (Lier) 347.

Lanolin u. Mikroorganismen (Gottstein) 91.
Langs Klinik in Innsbruck 443.
Larynx-Syphilis, Frühformen (Pollack) 297.
Leichenwarze, ihre St
Lupus und zur Tuberkul
321.
Lepra 103. 191; (Besni
— Ansteckungsfähigkeit
139.
— Isolierung bei 52.
— in den Ostseeprovinze
Chomse) 368.
— Verimpfung auf Tie
180.
— der Lungen (Bonom
— non tubercolosum (Be
489.
— tuberculosa (Marcac
Leprabacillen (Bordoni
zi) 85.
Leucoderma syphiliticum
546.
Leucopathia unguium (M
Lichen acuminatus (Unn
— obtusus (Unna) 559.
— planus 504; (Hallo
— — annulatus (Unna)
— — atrophicus (Unna
— ruber 81. 102. 485; (M
— —, zur Lehre vom
513. 574.
— — planus hypertroph
559.
Licht, Einfluſs auf die T
Lipome (Khröv) 380.
Litholapaxie (Willard)
Luffaschwämme 396.
Lungenlepra (Bonome)
Lupus (Harries u. Cam
— Einfluſs von Erysipel a
nitz) 183.
— parenchymatöse Subl
nen gegen (Tansini)
— der Nasenhaut, Milch
(Fano) 549.
— erythematodes (Riss
— erythematosus, histolo
nach Anwend. von U
(Nizzo) 83.
— — der Hände u. F
395. 503.
— der Nase 395. 506.
— universalis (Schwim
— — vulgaris, Ätiologie(
Lupusbehandlung (Unn
— in Paris 286.
Lupuskarzinom (Richte
Lymphangitis erysipelato

cula atrophica cut. 180.
durafufs 87.
sern, Immunität gegen (O. Lehnann) 588.
stdarmfisteln 193.
lanosarkom (Zemann) 549.
rks konzentr. Milchsäure (Knoche) 90.
rkurbestimmung im Urin (Brasse) 07.
rkurialismus, chronischer (Landraf) 324.
rococcus ureae (v. Limbeck) 41.
roklysma 397.
roorganismen der normalen männl. Urethra und des normalen Harnes, owie im Harne bei Morbus Brighii acutus (Lustgarten und Mannaberg) 241.
nter antiseptischem Zinkverbande 33.
Verhalten gegen Lanolin (Gottstein) 91.
chsäure gegen Lupus der Nasenchleimhaut (Fano) 549.
bei Ulcus rodens 139.
linpräparate (Fischer) 343.
luscum fibrosum (Taylor) 187. 90.
nentphotographie, neue 337.
rbilli adultorum (Bohn) 587.
rphoea 396.
seum Baretta 531.
ttermale 486.
elitis, spezifische (Nicolich) 549.
xosis fungoides (Kaposi) 543.
u. Hautsarkom (Ciarocchi) 33.
oedema (Marent) 377.
sitis syphilitica (Neumann) 383.
ödem (Fuchs) 183; (Erb) 234; Virchow) 234; (Handfield) 490; Stuart und Affleck) 492. (Mosler) 89.
Fall von (Hirsch) 436.

evi, Entfernung (Hunter) 51.
maligne Degeneration (Biart) 189.
im Gesicht und auf dem Kopf Sherwell) 186.
pigmentosi 191.
gelaffe ktion nach Seekrankheit 456.
phtol (Willinz) 435; (Kobert) 91.
u. β-Oxynaphtoësäure (Willenz) 20.

Narbenkeloide (Sherwell) 191.
Naturforscherversammlung in Köln 603.
Neuritis, halbseitige, spinaler Äste bei recenter Lues (Ehrmann) 277.
Neurofibrome 538.
Neurose der Fufssohle (Marcacci) 450.

Oberhautpilze, Züchtung (Unna) 465.
Ödem der Haut, akutes zirkumskriptes (Riehl) 593.
— akutes zirkumskriptes 341.
— umschriebenes, d. Haut (Quincke) 444.
Öl-Spray-Behandlung bei Hautkrankheiten 141.
Oleum cinereum 384.
— Deelinae bei Ekzem (Simon) 52.
β-Oxynaphtoësäure (Willenz) 435.

Papilloma neuropathicum frontis (Haegele) 277.
Parangie 86.
Pellagra, nervöse Störungen bei (Tugzek) 539.
Pemphigus mit nachfolgender Arsenpigmentierung (Handford) 493.
— post partum (Barnes) 494.
— Zinkpaste für (Unna) 108.
— acutus (Baur) 39. 505.
— vulgaris 56.
Penis, Amputation (Kiriac) 245.
Perichondritis laryngea syphilitischer Natur (Schnitzler) 441.
Piricowperitis (Grussin) 379.
Pferdewurm, chronischer (Buquoy) 326.
Phimose bei Kindern (Wittelshöfer) 282.
— angeborene (Steward) 138.
Phlegmone, zur abortiven Behandl. (Weiss) 452.
Photoxylin (W. Rosenthal) 541.
Phthiriasis palbebral. infant. u. ihre Behandlung 327.
Pigmente, pathologische (E. Neumann) 245.
Pigmentsarkom (Hiorth) 45. 485.
Pityriasis Rosea (Brocq) 179. 192.
— rubra mit pustulösen Affektionen bei Psoriasis (Morrow) 336.
— — pilaris (Unna) 566.

Pityriasis versicolor 92; (Manssurow) 507.
— — Beziehung zur Lungentuberkulose (Barduzzi) 391.
Placenta bei Lepra (Ferrari) 289.
Plumbum causticum bei spitzen Kondylomen (Bockhart) 173.
Pockenähnliche Gebilde in den inneren Organen (Bowen) 242.
Polyarthritis gonorrhoica 42.
Polysolve 92. 95.
Propeptonurie (Posner) 591.
Prostatakarzinom (Belfield) 502.
Prostatastein (Philipott) 141.
Prostatotomie, 2 Fälle (Cabot) 340.
Prurigo (Robinson) 284.
Pruritus, klin. Bemerkungen (Bulkley) 336.
Pseudolichenöse Affektionen (Unna) 559.
Pseudomelanose 246.
Psoriasis (Campana) 80; (Demateis) 84. 294. 505.
— Anatomie (Löwe) 38.
— Behandlung (Spender) 494.
— Übertragbarkeit (Ducrey) 34.
— der Zunge (Cozzolino) 85.
— syphilitica mucosae oris (Horovitz) 548.
Purpura (Mollière) 104.
— Fall von (Stelwagon) 335.
— haemorrhagica 35.
Pustula maligna mit Jpecacuanha behandelt (Muskett) 550.

Quecksilber, Wirkung auf den Darm (H. Kraus) 540.
— Wirkung auf den Organismus (Rémond) 597.
— mit Kreide als Abortivmittel gegen Syphilis (J. Hutchinson) 593.
Quecksilberchlorid in Verbandstoffen (Kassner) 446.
Quecksilbernachweis auf elektrolytischem Wege (Ziegeler) 557; (Wolff) 598.
Quecksilbersalicylat (Szadek) 457.
Quecksilbersublimat in eiweifshaltigen Flüssigkeiten (Behring) 146.

Rankenneurom der Interkostalnerven mit Fibroma molluscum u. Neurofibromen (Pomorski) 538.
Rectitis proliferans (Hamonic) 426.
Resorcin u. Hautepithe nino) 82.
Ringelhaare (Breda) 2
— bei Epilepsie (Bred
Rhinitis als Ursache vo (Seiler) 141.
Rhinosklerom (Jakow lowsky) 145; (Ditt
Rhinosklerombacillen, thode (Melle) 82.
Rhusvergiftung 192.
Rostflecke auf Stahlinstr
Russische dermat. Gese
Russischer Ärztekongre

Salbenspritze (Tomma
Salol bei venerischen ur heiten (Barduzzi) 3
Salz in der Hygieine der Hautkrankheiten (
Santelöl bei Gonorrhöe (I
Sarcoma molluscum (P
Sarkom 506.
Sarkomatose der Haut 30.
Schanker, Behandlung
— Häufigkeit 286.
— infolge von Bifs (Le
— Natur des weichen (
— des Nasenflügels (H 387.
— extragenitaler 181.
— multipler harter (Ha
Scharlach 277.
— Ätiologie u. Therapi
— Therapie (Wiggles
— Variola, Vaccine (Fl
— sine exanthemate (D
Scharlachbacillus (Jamie ton) 49.
Scharlachbehandlung (I 50.
Schleimhäute, Verhalte Exanthemen (Monti)
Schwefel, zur Pharm (Schulz) 122.
Schwielenbehandlung mi (Roesen) 325.
Sclerosis alae nasi 383.
Sectio alta bei Blasen grofsen Steinen 284.
Sepsis an Händen und
Serpiginöses Knötchens
Sigesbeckia als Antipar

odaktylie (van Saantvoord) 3.
oderma 192.
odermie m. Sklerodaktylie (Niel-n) 45.
ffuse 376.
uloderma, kleines pustulöses ıckson) 287.
ulose, subkutane Jodoformbe-ıdlung (Morel-Lavallée) 596.
Tuberkulose (de Renzi) 390.
n (Kobert) 95.
nersprossen, Heilung nach Hal-n 555.
odol (Fischer) 344.
natorrhöe 92.
tanfrakturen Syphilitischer (Ta-rnier) 104.
katheter 93.
schnitte (v. Dittel) 444.
mat gegen Lupus 392.
matfrage, Beiträge zur (Guil-ry) 591.
matirrigationen der Harnröhre 5.
n-oleate of Sodium 337.
sis (Unna) 247.
yphogene, Therapie (Unna) 345.
okkogene, Therapie (Unna) 555.
ilid, bullöses 339.
ilis 278.
bortivbehandlung (Mannino) 81.
bortivbehandlung mit Quecksilber d Kreide (Hutchinson) 592.
lgemeinbehandlung (Hallopeau) 8.
Allgemeine Gesichtspunkte bei handlung mit Quecksilbereinritzungen (O. Rosenthal) 244.
nsteckung und Ansteckungswege ergh) 149. 197.
Einfluſs des Erysipels auf (Neuann) 442.
extragenitale Lokalisation des rimäraffektes (Krelling) 382.
ler Glasbläser (Desmet) 386.
nfektiosität der tertiären Produkte eissl) 237; (Finger) 237.
njektionsbehandlung in Paris 286; Kalomel und Oleum cinereum subtan gegen (Bender) 384.
Kalomelinjektionen bei (Neuann) 548.
n. Karzinom (Doutrelepont) 96.
mit Karzinom (Lang) 549.
Syphilis und Kopfinsulte (v. Watraszewsky) 238.
— u. Trauma (Thomann) 98.
— des Nervensystems, Behandlung Schuster) 13. 72.
— der Trachea u. Schilddrüse (Fraenkel) 97.
— beim Weibe, statistische Untersuchungen über den Ursprung (A. Fournier) 288.
— congenita tarda (Rabl) 276.
— erworbene, bei hereditär syphilit. Individuen (Tavernier) 144.
— hereditäre (Hale White) 496. (Brooke) 496; miliare 505.
— hereditaria (Linn) 598.
— — in der zweiten Generation (Dezanneau) 598.
— heredit., Milztumor bei (Tommasoli) 84.
— hereditäre späte (Mannino) 29; (Gamberini) 31. 105. 145.
— maligna (Kopp) 234.
— postkonzeptionelle. — Übergang von Mutter auf Kind während der Schwangerschaft (Neumann) 236.
— viscerale (Petersen) 109.
Syphilisbehandlung (Finger) 42; (Pontoppidan) 185; (Brocq) 337.
— Fortschritte d. (Neisser) 440.
— Idiosynkrasie als Hindernis für spezifische (Morrow) 284.
— mit Injektionen von Hydrarg. oxyd. flav. (Rosenthal) 244; (Trczinski) 241.
— mit Kalomelinjektionen 192; (Kopp und Chotzen) 235; (Krecke) 235; (Kopp) 235; (Welander) 243; (Neumann) 441.
— durch subkutante Kalomelinjektionen (Hoffmann) 262.
— mit Quecksilbersalycilat (Szadek) 457.
Syphilisinfektion, extragenitale (Petersen) 307.
Syphiliskontagium (v. Zeissl) 98; (Tisse u. Taguchi) 133.
Syphilisvererbung (Diday) 105.
Syphilitische Albuminurie (Casarini) 84.
— Ansteckung von der Brustwarze ausgehend (Hérard) 102.
— Conjunctivitis (Goldzieher) 386; (Guttman) 439.

Syphilitische Infektion, Dauer (Morrow) 190.
— Iritis 331.
— Neoplasmen, spät auftretende Formen (Garnett) 285.
— Paraplegie 104.
— Reinfektion (Ducrey) 83.
— Symptome, ungewöhnliche Aufeinanderfolge (Hallopeau) 181.
Syphilitischer Wahnsinn (Kinnier) 503.
Syphilitisches Virus, die verschiedenen Reproduktionsherde des (Neumann) 278.
Syphilographie, klinische (Taylor) 339.

Tabes, besondere Ernährungsstörung der Haut bei (Capderelle) 379.
Teleangiektasische Sarkome 485.
Therapeutische Ersatzmittel des Chrysarobin (Liebermann) 454.
Tonsillenschanker 313.
Traumaticin, resorciniertes 107.
Trichomykosis pustulosa barbae 136.
Tripper bei einem Kinde (Eröss) 386.
— — s. w. Gonorrhöe.
Tripperbehandlung (Groeningen) 93.
Trychophyton tonsurans (Buzzi) 40.
Tuberkulosis verrucosa cutis 321.
Tuberkulöse Ulceration der Vulva, Vagina und der Portio vaginalis uteri (Zweigbaum) 592.
Tuberkulöses Syphilid des Ohres 503.
Tumoren im Gesicht und auf dem Kopf (Sherwell) 186.

Ulceration der behaarten Kopfhaut 396.
Ulcus rodens (Hollister) 139.
— tropicum (Raking) 495.
Unnas Behandlungsmethoden (Kittel) 186.
Urethra, Mikroorganismen der 241.
— entzündliche Verengerung der männlichen (Blake White) 284.
— männliche, histolog. Veränderungen in der chron. entzündeten (F. Neelsen) 237.
Urethralbacillen 400.
Urethralinjektionsapparat für Salben 30.
Urethralkrampf (Keyes) 186.
Urethralspritze (Tayl
Urethralstriktur, Dila
188; (Bedouin) 19
Urethritis membranace
Urethritisbehandlung,
wer) 191.
— durch Antrophore
438.
Urethroskopie (Gsch
Urticaria pigmentosa

Vaccine 488.
Variköse Geschwüre, P
(Gérard) 431.
Variola 488.
Verbrennung zweiten
Verbrennungen, Therap
Morhof) 236.
Verunstaltung durch
philis (Smirnoff)
Vitiligo (Bidwell) 14
— der ganzen Kö
(Stelwagon) 451.

Wandschutz in Baderi
Warzenbehandlung (C
— mit Salicylsäure (R
Wasserstoffsuperoxyd (
Watte, implautierte 1
Wurm, chronischer (

Xanthoma multiplex
Xeroderm, vorgetäusch
Xeroderma pigmentosu

Yaws 87.

Zähne bei hereditärer
chinson jr.) 490.
Zahnveränderung info
fulo-Tuberkulose 14
Zerstäuber, regulierba
Zinkverband, antisept.
Zunge, haarförmige B
(Roth) 544.
— schwarze (Bern
(Schech) 434.
Zungenausschlag, ring
Zungenschwüre, syph
merkurielle (Beisse
Zungenplaques, vorüb
nigne (Hartzell) 1

onatshefte für Praktische Dermatologie.

VII. No. 13. 1. Juli 1888.

Pariser Briefe.

Von

P. G. Unna.

IV.

es pustulöses Exanthem. — Psoriasis mit Arthropathien. — ria perstans mit Nekrosen. — Alopecia areata. — Dermatitis herpetiformis.

Paris, den 2. Mai 1888.

Lieber Freund!

Über die wissenschaftlichen Genüsse, welche ich dem Museum TA verdanke, habe ich bisher ganz vergessen, Ihnen über esigen Kliniken und Polikliniken Mitteilungen zu machen. ill das heute nachholen. Allerdings ist es bei der Kürze s hiesigen Aufenthaltes nicht möglich, in das Detail einzu-, Vergleiche über die verschiedenen Abteilungen des tals untereinander und mit unsern Zuständen in Deutschland tellen. Ich fühle mich dazu durchaus nicht kompetent. Dagegen kann ich Ihnen aus dem einmaligen Besuche der iedenen Abteilungen doch schon allerlei wissenschaftlich essantes berichten. Denn von den seltensten Krankheits-n wird man ja in solchen Emporien wie London und Paris einzelne Exemplare antreffen, und wenn in London die en ärztlichen Gesellschaften die Orte sind, wo man diese äten anzutreffen pflegt, so ist in Paris das einzige und um so bedeutendere Zentrum dafür das Hospital Saint-s.

So sah ich denn in der Abteilung von Dr. HALLO
Kranke, deren Modell ich schon tags vorher frisch aus
Atelier studiert hatte, und welche seit langer Zeit
merkwürdigen, bisher unbekannten, pustulösen E
leidet. Genitalien, Aftergegend und Nacken sind aug
Sitz derselben. Denken Sie sich an diesen Stellen
und noch gröfsere, derb infiltrierte, stark über dem N
übrigen Haut erhabene Plaques, deren Rand in konti
Folge mit Pusteln besetzt ist und mittels Pusteln in d
Umgebung fortschreitet. Der Beginn der Affektion ist
derbe, knotige Pustel, welche sich peripherisch du
Pusteln fortpflanzt, sodann etwas einsinkt, aber selbst a
Infiltrat verharrt. Die infiltrierten, erhabenen Zentren d
sind von livider, blauroter Farbe.

Diese Art des Fortschreitens und auch schon
Infiltration der gesamten Cutis beim Beginne der
unterscheidet diesen Fall durchaus von der Impetig
formis HEBRAE, von welcher Affektion ebenfalls ei
Modell im Museum zu sehen ist.

Die mikroskopische und bakteriologische Untersu
Falles werden wohl auch lehren, dafs derselbe — wie E
glaubt — eine völlige Sonderstellung einnimmt.

In den Abteilungen von BESNIER und HALLOPEA
mehrere Leprakranke, fast alle von der knotigen
unter den andern Kranken lagen und auf sehr verschied
behandelt wurden. HALLOPEAU verwendet neuerdings
reduzierenden Mittel zu äufserlicher, energischerer B
BESNIER machte sehr richtig bei einem Leprakrank
aufmerksam, dafs, während die tuberkulösen und syp
Knoten des Ohrläppchens dieses als solches zerstören
dem übrigen Ohr verschmelzen lassen, die Leprome
läppchens dasselbe lediglich vergröfsern, so dafs da
besonderer Lappen bestehen bleibt.

Auch einen sehr schönen Fall von universeller
Sklerodermie demonstrierte BESNIER. — Sodann ei
würdige Form von Psoriasis mit Arthropathie
Fälle sollen hier nicht selten vorkommen. Die betreffen

bettlägerig und mit starken Kontrakturen und Gelenk-
rmitäten behaftet. Zugleich war die ganze Haut, mit Aus-
ne einzelner scharf ausgeschnittener freier Stellen scharlachrot
mit grofsen, dünnen Schuppen bedeckt. In diesem Falle
früher eine ganz gewöhnliche Psoriasis bestanden haben, jetzt
seit der arthropatischen Komplikation eine Neigung bestehen
eitweise auftretenden Attaken einer diffusen, erythematösen,
universell werdenden, aber auch verhältnifsmäfsig rasch ab-
nden Form von Psoriasis.

Gewifs eine sehr merkwürdige Sache, welche sowohl nach
Seite der Gelenkaffektion wie nach der der Hautaffektion
u studiert zu werden verdient. Sie werden sich wohl sofort,
ich selbst, unsers Kranken vom vorigen Herbst erinnern,
her an altem chronischen Gelenkrheumatismus leidend, seit
n Jahren von einem universellen, äufserst hochgradigen
ema seborrhoicum (selbst der Handteller und Nägel) befallen
wie solch ein Fall schon von CAZENAVE beschrieben wurde.
betonte ja damals, dafs die dickschuppige, der Psoriasis so
iche Form des Ekzema seborrhoicum nicht selten auf der
stark schwitzender Arthritiker sich rapid ausbreite und
ltige Dimensionen annähme.

Aber bei dem Falle von BESNIER handelt es sich nicht um
einfache rheumatische Affektion, sondern um eine ganz
ndere Gelenkaffektion, und auch der Charakter dieser „akuten,
sen, erythematösen Psoriasis" war ein ganz eigentümlicher.
Noch ein andrer Fall, und zwar ein richtiges Unikum! Ein
er Mann leidet seit sieben Jahren an stets recidivierenden
llen von Urticaria perstans. Meist verschwinden die
natösen, blafsgelblichen, gyrierten und circinären Quaddeln
selbst, ohne etwas Andres als eine gerunzelte Hornschicht
hier und da erweiterte Gefäfsramifikationen zu hinterlassen.
kommt es aber zu nicht unerheblichen zentralen Nekrosen,
sehr langsam exfoliieren und natürlich mit Narbenbildung
en. Eine grofse Anzahl solcher Narben waren am ganzen
per verteilt und zeugten für den langen Bestand der Affektion.
In der Poliklinik sah ich BESNIER mit der Galvanokaustik
grofse Reihe von Lupusfällen operieren. Die Resultate

waren, was die Narben betrifft, untadelhaft, ja entschie
als sie nach dem Auskratzen zu sein pflegen, wenn
besser als nach der Pflasterbehandlung. Dafür ist di
aber offenbar viel weniger kostspielig und zeitrauber
letztere. Ich bin überzeugt, dafs sie mit zu den besten
gehört, welche wir besitzen, und habe mir vorgenomme
Zukunft öfter als bisher mit der Pflasterbehandlung zu ko
Die Kranken werden niemals chloroformiert und er
Schmerzen recht mutig. Über die Neigung zu recidiv
galvanokaustischer Behandlung im Gegensatz zu andern
fehlt wohl noch jede Statistik.

Ebenso interessant wie die klinische Thätigkeit
war die Unterhaltung mit ihm. Nur zwei Thatsachen
hier hervor; sie betreffen die Alopecia areata
Dermatitis herpetiformis DUHRING. Sie wissen,
mich niemals rückhaltlos der heute herrschenden Doktr
lediglich nervösen Natur der Alopecia areata anschliefs
obgleich ich auf dem Londoner Kongrefs mit beweisen
für dieselbe eintrat. Aber ich konnte doch anderseits
gewisse andre Fälle ignorieren, welche auf mich den
der Kontagion hervorriefen. Da es sich hierbei e
Vater und Tochter, ein andres Mal um zwei gleichzeitig
Schwestern handelte, konnte hier allerdings stets die
noch mit ins Feld geführt werden. Ganz anders steh
um die Fälle, welche BESNIER für die Kontagionst
sammelt hat. Es betreffen diese stets nicht miteina
wandte Personen, wie: Herrschaft und Dienstboten,
Frau, Mann und Maitresse, Prinzipal und Kommis, O
Bursche u. s. f.

Der interessanteste und vielleicht auch beweisen
der übrigens bereits publiziert ist, ist der folgende.
Regiment kommen auf einmal 80 Fälle von Alopecia
Die Nachforschung ergibt, dafs von den Offizieren ein
selben Krankheit leidet, und zwar derjenige, welcher
teilung der Uniformen an die Mannschaften zu bes
Die erkrankten Leute werden sämtlich in ihre Heimat
und alle 80 Helme werden verbrannt bis auf einen

ällig der Verbrennung entgeht. Und grade dieser eine Helm
iziert unter den neuen Mannschaften seinen bis dahin gesunden
iger.

In einem andren Falle behandelte BESNIER einen Offizier
einer eben beginnenden Alopecia areata. Eine Ursache ist
auffindbar. BESNIER dringt darauf, den Burschen des Offiziers
sehen, weil derselbe eventuell dessen Kämme und Bürsten
ützt habe. Derselbe soll gesund sein. Genauere Unter-
hung ergibt jedoch, dafs er unter künstlich gepflegten langen
aren eine Reihe grofser Areaflecken verbirgt.

Auch unser Freund und Korrespondent H. FOURNIER,
cher fast täglich auf den Visiten im Museum und Hospital
h begleitete, besitzt, wie er mir erzählte, eine Reihe beweisender
le von Ansteckung durch Alopecia areata. Dieselbe müssen
r in Paris, wo diese Krankheit enorm häufig vorkommt,
ürlich leichter zur Beobachtung gelangen als bei uns.

Die Dermatitis herpetiformis von DUHRING wird von
SNIER durchaus anerkannt, und er hatte sogar die Liebens-
rdigkeit, mir eine Dame seiner Privatklientel, welche an dieser
ektion seit langer Zeit in hohem Grade leidet, vorzustellen.
befindet sich auch ein Modell mit dieser Diagnose, ein
emplar der bullösen Form, im Museum BARETTA. Allerdings
t sich aus einem Modell bei dieser Krankheit keine sichere
gnose stellen, wo ja nur die klinische Geschichte: der
vöse Charakter, das Jucken, die beständigen Recidive und die
ndelbarkeit der äufsern Form bei denselben — die Diagnose
estigt. Es freut mich aber konstatieren zu dürfen, dafs in
ris wie bei uns die Dermatitis herpetiformis bereits zu
geläufigen Diagnosen gehört und damit die geniale That von
HRING allmählich in Europa zur Anerkennung gelangt.

Ich schliefse heute mit Erwähnung des Falles von Urticaria
gmentosa, welcher der Arbeit von RAYMOND zu Grunde liegt.
wissen vielleicht noch nicht, dafs RAYMOND darin histologisch
demselben Resultat gelangt ist wie ich, dafs nämlich die
entümlichen grofsen Zellen dieser Quaddeln EHRLICHsche Mast-
len sind. An Massenhaftigkeit der Effloreszenzen übertrifft
r Knabe — die „Perle" von FOURNIERS Hospitalabteilung —

alle Fälle, welche ich bisher in London und Hamburg
Er ist buchstäblich von Kopf bis zu Fuſs getiegert; es i
mehr weiſse wie braune Haut vorhanden. Im Gesicht si
hier, wie bei dem Fall, der augenblicklich in meiner Kl
die Flecke permanent gespannt, hellgelb, stark prominiere
erinnern wirklich sehr an Xanthelasma. Auch der behaa
ist hier befallen, wie bei unserm Falle. Auch hier k
bei starker Reizung der Flecke zur Blasenbildung.

V.

**Fourniers Vorlesung. — Annuläres vasoneurotisches Syp
Syphilis u. Ekzema seborrhoicum. — Parasyphilitische Affekt
Ranviers Laboratorium. — Eleidin. — Fibrilläre Struktur
thelien. — Dégeneration du noyau par dilatation du nuc**

Paris, den 4. Mai

Jetzt habe ich auch einer Vorlesung beigewohnt u
von FOURNIER. Ein groſses Amphitheater, bis oben bi
jungen und alten Zuhörern gefüllt. Pünktlich ersch
schon ergraute, aber jugendfrische Meister, der Füh
heutigen Syphilidologie in Frankreich, mit seinem St
internen und externen Assistenten. Ich hatte es gut g
Das Thema war: Die Behandlung der Syphilis. Nac
leicht hingeworfenen Skizze der geschichtlichen Entwickel
antiluetischen Therapie ging FOURNIER sogleich in medias
Die Wichtigkeit der indirekten Therapie gegenü
schablonenmäſsigen Verschreibung der Specifica in das
Licht zu stellen, darin gipfelte die Vorlesung. Nicht die S
sondern der syphilitische Mensch ist zu behandeln m
Gebrechen, welche der Syphilis Vorschub leisten und sic
Heilung entgegenstemmen. Von allen nur denkbaren Se
leuchtete FOURNIER diesen Satz, und er hat sich gewiſs be
seiner Schüler in nachhaltiger Weise eingeprägt.

Man findet bei uns oft die Ausdrucksweise der Fr
und selbst dieses Meisters zu breit. Man glaubt bei der L
derselbe Inhalt lasse sich auf der Hälfte der Seiten ebe
sagen, und ich will nicht leugnen, daſs, als ich das wunde

h: *Die Syphilis beim Weibe*, vor 12 Jahren eifrig las und
ierte, ich ebenfalls diesen Eindruck nicht ganz los werden
nte. Und FOURNIER schreibt wie er spricht. Aber nun höre
ihn. Rasch, elegant, unendlich leicht verständlich fliefst
Vortrag dahin. Da bleibt nichts unklar. Eine Schwierigkeit
t auf und ist im nächsten Augenblicke auch schon zer-
lert, einzeln bewältigt und weiter gehts. Das sind keine
derholungen, sondern verschiedene Nuancierungen derselben
rnehmung, wie sie der Beobachter eben im Weiterschreiten
demselben Gegenstand erhält, und weiter müssen wir mit
Schritt für Schritt, aber doch rastlos weiter. Da gibt es
e geistreichen Aperçus, die den Zuhörer veranlassen, minuten-
vom Vortrag fort, seinen eignen Gedanken nachzuhängen;
, was überhaupt erwähnt wird, sehen wir sofort klar, über-
lich, zweifellos, fertig vor uns. Dazu die fesselnde, pointierte
druckswеise und Betonung, die geschickte Einstreuung
essanter Krankengeschichten, die heiteren Einfälle und Aus-
, und Sie werden begreifen, dafs die Stunde in behaglichstem
sse für jeden Zuhörer verfloſs und ein donnernder Applaus
Meister am Schlusse belohnte.

Ich fragte mich, ob derselbe Vortrag beim Lesen denselben
bernden Eindruck machen würde, und glaube entschieden:
Aber das weifs ich gewifs, dafs es kein Lehrbuch der
ilis gibt, dessen Kapitel, einzeln vorgetragen, einen solchen
ıfs bereiten würden, wie diese FOURNIERsche Vorlesung.

Mit FOURNIER persönlich zu verkehren hatte ich abends in
m Familienkreise Gelegenheit; nur mein Freund DOYON, der
müdliche Vermittler zwischen den Geistesprodukten von
schland und Frankreich, und Dr. DARIER, Chef des
NIERschen Laboratoriums, waren zugegen. Letzterer, ein
rener Ungar, ein sehr tüchtiger und fleifsiger Histolog, hält
tändige Kurse über Histologie der Hautkrankheiten; er ist
der wenigen Dermatologen hier, welche auch bakteriologisch
iten.

FOURNIER zeigte mir seine reiche Sammlung von Photo-
hien syphilitischer Affektionen; darunter sehr viele Photo-
me von spezifischen Knochenaffektionen und Alopecien.

Ich fragte ihn nach jenem merkwürdigen
Syphilid, dessen problematische Natur mich, wi
bereits öfters beschäftigte. In der spätern Sekun
ginnenden Tertiärperiode, um eine ganz ungef
stimmung zu machen, treten bei gut gepflegten Lu
sonstige Zeichen eines neuen Ausbruches, ja viellei
Ende einer Attake, die mittels kräftiger Mittel
Injektionskur) nahezu geheilt ist, plötzlich in absolut s
Weise, meist auf den Vorderarmen, aber auch i
beugen, am Oberarm, den Schultern, Brust und Rü
an den Beinen — rote oder bläulichrote Ri
variabler Gröfse, groschen-, mark-, thalergrofs und
Gewöhnlich stehen mehrere solche Ringe dicht beie
berühren sich und bilden Gyri. Stets ist die ro
von nahezu gleicher, etwa 1 cm Breite, das Zentr
selben scharf abgesetzt, absolut normal. Die Ringe
anfängliche Gröfse bei, schuppen nicht ab, jucken
überhaupt nicht die geringsten Zeichen eines
ulcerativen, vernarbenden Prozesses. Diese negativ
und ihre Symmetrie, trotz des späten Erscheinens,
sie sowohl von andern Pilzkrankheiten der Haut
vom serpiginösen Syphilid. Zudem reagieren sie
Behandlung sehr wenig; nur lange fortgesetzte,
beseitigen sie wirklich. Schwächere Kuren habe
Einfluss, dafs sie langsam verschwinden, um spät
male wieder an derselben Stelle oder anderswo aufz
haben die meiste Ähnlichkeit mit den ringförmigen
welche die Nervenlepra einleiten und welche Bo
neurotischen Ursprungs hält. Ich möchte diese e
Ringe in der That für vasoneurotischen Ursprun
Analogon jener in einer späteren Periode der Syphi

Was mich nun ungemein erfreute, war die M
Fournier, dafs ihm diese Form sehr wohl, aber erst
Zeit, bekannt sei. Er habe kurz nacheinander d
selben beobachtet und dieselben auch privatim demo
noch nicht beschrieben.

Ebenso sehr stimmte Fournier mit mir übe

Auffafsung jener Association von Syphilis und gewissen Hautkrankheiten, welche ich, wie Sie wissen, seit längerer Zeit verfolge und für die eigentümliche Lokalisation der Syphilide in gewissen Fällen verantwortlich mache. Dafs die sogenannte Corona syphilitica eine Corona seborrhoica der syphilitischen, dafs das von FOURNIER beschriebene Syphilid der Nasolabialfurchen eine Kombination von seborrhoischem Ekzem dieser Region mit Syphilis ist, dafs eine Reihe von Syphiliden des Gesichts, Halses, der Nackengrenze genau die Ausbreitung des seborrhoischen Ekzems kopieren und der einfachen Allgemeinbehandlung gegenüber sehr hartnäckig sind, während sie durch eine gemischte lokal-antiseborrhische und allgemeine antisyphilitische Behandlung leicht geheilt werden — alles das waren für ihn sehr plausible Dinge, welche mit seinen Erfahrungen durchaus übereinstimmten. Und so fand ich denn auch im Museum unter den von JUMELIN nach FOURNIERS Kranken angefertigten Modellen syphilitischer Affektionen eine Reihe charakteristischer Kombinationen von Syphilis und Ekzema seborrhoicum.

Endlich erfreute ich mich auch der Übereinstimmung mit FOURNIER hinsichtlich der Auffassung jener der Syphilis nur indirekt zugehörigen Affektionen, welche ich bisher als „postsyphilitische“ zu bezeichnen pflegte, und welche, wie ich jetzt erfuhr, FOURNIER als „parasyphilitische“ zusammenfafst. Aufser der Leukoplakie der Mundschleimhaut, welche so leicht durch den Einfluſs von Tabak auf solche Schleimhäute entsteht, welche Syphilis durchgemacht haben, rechnete ich hierzu stets die Tabes und Dementia paralytica, da diese sich vorzugsweise gern auf dem von Syphilis durchseuchten und von Syphilis geheilten Boden einnisten. FOURNIER zählt noch eine Reihe interessanter Affektionen hierher, von denen ich um so weniger etwas zu verraten brauche, als wir aus seiner Feder ein eigenes Buch über die „parasyphilitischen“ Affektionen zu erwarten haben. —

Den Nachmittag verbrachte ich heute zum zweiten mal im Collége de France bei RANVIER. Sie können sich denken, dafs die Eleidinfrage den Kern unsrer Gespräche bildete.

Ranvier hat die grofse Liebenswürdigkeit ge
vor meinen Augen an frisch gehärteter Haut die D
des Eleidins in Form von Tröpfchen (goutelettes) u
(flaques) innerhalb der basalen Hornschicht, str
vorzunehmen. Ich habe die Überzeugung gewonne
alles genau so verhält, wie Ranvier es beschrieben
habe auch heute erst recht verstanden, wie er es
sieht die Tröpfchen nicht etwa zwischen den Zellen i
Dicke des Schnittes, sondern nur auf den beiden S
des Schnittes. Sie sind nach Ranviers Ansicht aus
schnittenen basalen Hornzellen durch den Schnitt
Ohne diesen Anschnitt befindet sich also das Eleidi
diffus imbibiert in den Zellen der basalen Horn
durchaus nicht in Tröpfchen zwischen denselben, u
ist weit davon entfernt, in diesen Tröpfchen eine
Substanz", die der Form nach Kunstprodukt sind,
Einfettung der Hornschicht zu sehen. Im Gegenteil,
Ansicht aufrecht, dafs die direkt auf die Körnerzell
verhornte Schicht noch fettfrei ist, da sie bei Osm
weifs bleibt (mein „helles Band" der Osmiumbilder).

Allerdings ist zu dieser Demonstration notwen
dafs man sich des echten Ranvierschen Pikrokarm
zweitens, dafs die Haut noch recht frisch, nur kurze
Stunden in dem heutigen Falle) in Alkohol gehärtet
dafs der dünne Schnitt in einem Tröpfchen mit Gl
verdünntem Pikrokarmin (etwa 1 %) unter dem Mik
beobachtet wird. Dann sieht man, schon nach einig
wenn noch der übrige Schnitt lediglich hellgelb gefä
Tröpfchen genau in der basalen Hornschicht und zug
Körnerschicht als rote Punkte auftreten, nirgends
Es versteht sich, dafs bei die Schnittführung das
aufsen nach innen geführt werden mufs.

Auf meine Bemerkung, dafs die deutschen
wohl bei Anführung aller dieser Kautelen und
Beschreibung der Anfertigung des Ranvierschen P
zu denselben Resultaten gekommen wären, antw
Ranvier, dafs in der neuen soeben erscheinenden Au

ité technique diese ausführlichere und genauere Darstellung
eits gegeben sei. Leider ist das Buch RANVIERS über die
ologie der Haut, dem ich schon seit Jahren mit Spannung
egen sah, noch immer ein Torso, und RANVIER gab mir nicht
Hoffnung, dafs es sobald erscheinen würde.

Auch Präparate über die fibrilläre Struktur der Stachel-
n legte RANVIER mir vor. Sie waren mit Hämatoxylin-
n gefärbt gewesen, aber das Hämatoxylin war verblafst.
sah deutlich die eosingefärbten Fäden schopfartig von einer
ngegend zur andren ziehen. Aber mir scheint nur bewiesen,
man den Zellinhalt fadenförmig darstellen kann. Wie sich
e Struktur nun zu dem bekannten Bilde des Zellkontours
seinen Stacheln, resp. Intercellularbrücken verhält, das auf
em Bilde zu sehen und daraus eine Anschauung zu gewinnen,
sich die Fibrillen eigentlich zur Zellsubstanz verhalten, wäre
Wichtigste. Darüber wissen wir aber leider noch nichts.

Sehr beruhigt wurde ich endlich durch die Mitteilung
NVIERS, dafs die von ihm und CORNIL vor langer Zeit auf-
ellte Degeneration des Kerns der Epithelzellen durch
latation du nucléole", welche ich bisher nie konstatieren
nte, in der That dringend der Nachuntersuchung mit den
lernen Mitteln der Technik bedürftig sei, und dafs die resul-
enden Bilder sich in nichts von der gewöhnlichen — von
als Härtungsprodukt aufgefafsten — sichelförmigen Schrumpfung
Kerns unterschieden.

Ungemein erfreut und dankbar für das liebenswürdige Ent-
enkommen und in bestem Einvernehmen schied ich von dem
ialen Histologen in der Hoffnung, dafs er, der auf das
dium der Haut schon so viele Zeit und Mühe verwandt,
h sein für die Dermatologie so fundamental wichtiges Werk
lenden möge.

Zur Lehre vom Lichen ruber.

Von

Dr. S. Róna,
ordinierender Primararzt in Budapest.

(Fortsetzung.)

Im Jahre 1884 hat man sich in Amerika ei
mit der Therapie des L. ruber beschäftigt.

1885 [69] stellt Robinson in der New York D
einem 30jährigen Patienten mit Lichen planus
Penis, der Knöchel und Kniekehle vor. In dieser
Dr. Fox hervor, dafs er 3 verschiedene Formen
planus beobachtet hat: 1. die Wilsonsche, nach ih
läre mit zentral vertieften Papeln, mit eckigen Umr
sich gewöhnlich auf den Armen und Vorderarmen
miliare Form; 3. die annuläre Form.

Morrow und Fox nehmen das periphäre Wac
an, Robinson und Taylor hingegen ja. (s. oben R

Auf die Einteilung Fox' wollen wir nach d
keine besondere Bemerkungen machen.

Im selben Jahre beschäftigt wieder die Miterk
Schleimhäute einzelne Autoren.

Besonders gründliche Arbeiten liegen uns von T
und Pospelow [24 a] vor. Thibierge sah unter
kranken dreimal die Mundschleimhaut mit affiziert
hat in den letzten 4 Jahren in Rufsland 20 Fälle
planus beobachtet, darunter 5 mit Schleimhautaffek

Es mufs hier richtig gestellt werden, dafs die
gestellte Behauptung, „dafs Unna im Jahre 1882
hautaffektion beschrieben, während er im Jahre
bisher mit Lichen planus einhergehende Mundaf
beobachtet zu haben", nicht stichhaltig ist, da,
sahen, jene Mitteilung Unnas sich auf Lichen rube
bezog.

Im übrigen beschreibt Pospelow wie Thibierg
Autoren die Schleimhautaffektion.

Bei Pospelow, der schon die Arbeit Unnas gelesen hat, wir kein Wort über Lichen ruber acuminatus oder en ruber obtusus. Er nimmt aber mit einigen schon erwähnten Autoren das periphere Wachsen einzelner Plan: „dieselben vergrößern sich allem Anscheine nach in einer Verbreitung des Exsudationsprozesses ohne jegliche ng neuer Knötchen."

n seinen Fällen finden wir durchwegs obtuse und plane kombiniert.

Auch die perlmutterähnlichen Streifen und Geflechte in Plättchen beschreibt Pospelow, welche nach 24stündiger ndung einer compresse echauffante das Aussehen der Mundnhautaffektion bekommen. Eine Erklärung für diese Erung finden wir auch hier nicht.

m selben Jahre teilten noch Stephen Mackenzie einen on L. planus der Mundschleimhaut [79] und Karl Schadek Fall L. plan. chronicus der Haut [46] mit. Letzterer war der gewöhnliche schon des öfteren geschilderte Lichen mit hypertrophischen Plaques nebst Primäreffloresen. Schadek acceptiert Robinsons Ansicht und hält den acuminatus für eine ganz andre Krankheit als den anus.

Das Jahr 1886 zeigt wieder eine größere Bewegung in ichenlehre.

A. Mayor und H. Pautry [41] veröffentlichten Beiträge zu Mundaffektionen bei Lichen planus und glauben, daß jene ge Begleiterinnen des letzteren sind.

Negel [51] beschreibt ein gewöhnliches Ekzem mit elnen Vesikeln und Papeln als Lichenerruption im ge von Ikterus. Lavergne [37] beharrt bei seiner im e 1883 gemachten Einteilung.

Boeck [80] beobachtete in Norwegen seit 11 Jahren 7 Fälle Lichen ruber, unter diesen akuminate, plane und auch ise Formen. Überwiegend war die plane Form, und zwar llen möglichen Variationen, von den ganz kleinen, kaum nadelkopfgroßen Effloreszenzen bis zu den besonders an den ren Extremitäten auftretenden großen Plaques mit etwas

unebener rauher Oberfläche. Die akuminate Form l
nur in ein paar Fällen mit der planen kombin
achtet, nie isoliert. „Eben dies es gleichartige ko
Auftreten“, sagt B., „des L. r. acuminatus (Hei
dem Lichen planus (Wilson) beim selben Ind
verdient vielleicht noch einmal besonders h
hoben zu werden, da man sich, wie bekannt no
überall über die Zusammengehörigkeit dieser
verständigen konnte.“

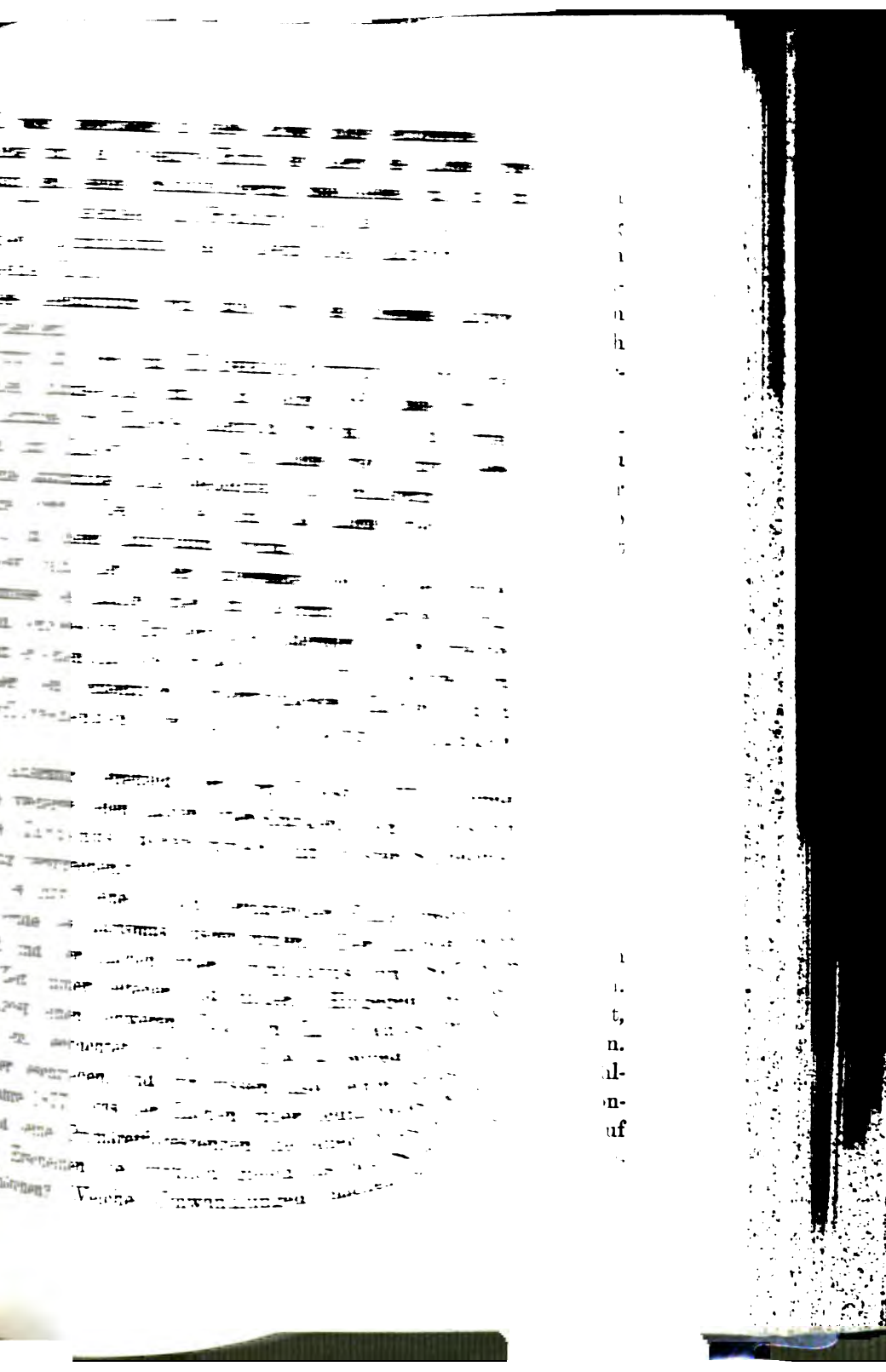
Indem Boeck die Zusammengehörigkeit des L.
mit L. plan. Wilson betont, und indem er hervorhe
nie einen unkomplizierten Lichen ruber acuminatus
hat, gesellt er sich zu jenen Autoren, die einen selbst
schweren Lichen ruber mit akuminaten Knöt
kennen, hingegen aber, da er eine leichtere akumin
beschreibt, tritt er Unna bei.

Betreffs seiner (im ganzen 2) mit akuminaten Knötch
nierten Fälle müssen wir bemerken, dafs diese Fälle gar n
Kaposischen, auch nicht einen Unnaschen Lichen ru
minatus bedeuten. An den meisten seiner Knötchen sind E
der Lupe wahrzunehmen, sie sind nur oft (nicht im
Epidermisplättchen bedeckt. Boecks akuminate
besteht in einem Falle aus kaum stecknadelkop
mit platter, ja glänzender Oberfläche versel
andern Fällen aus hirsekorngrofsen, den Haar
entsprechenden Knötchen.

Den L. obtusus acceptiert Boeck nur für
zeichnung, er hat ihn immer mit andern Form
biniert gesehen.

Brocq [35] befafst sich in 2 Artikeln mit L.
Unna.

In dem ersten „Sur le Lichen ruber“ behandelt e
nach bestem Gewissen und Wissen Unnas Darstellunge
lange wollten“, sagt Brocq, „die Franzosen dieses Prob
aber sie konnten nicht ins Reine kommen. Die
Schule hat viel zur Verdunkelung dieser K
beigetragen“.



Auf keine dieser Fragen bekommen wir genügende auf die erste sogar verneinende; denn KAPOSI hält beid formen für Entzündungsprozesse.

Auch bei Schilderung der kombinierten Fälle sa nur so viel, dafs z. B. am Penis und an den Händen, der und den Fufssohlen Lichen planus, am Stamm dagege ruber acuminatus sich darbietet.

Die Behauptung KAPOSIS, dafs es bei Lichen plan den flächenhaften Infiltraten, nie über einzelnen Knö Plaques zu bemerkenswerten Schuppenbildungen komm wir nur auf einzelne Fälle beziehen, da ja im a dies nicht zutreffend ist und von mehreren Autoren worden ist (s. WEYL, HEBRA jun.).

Verfolgen wir weiter die neueste Litteratur. Bis aus eigner Erfahrung nur KAPOSI, BOCKHART, UNNA über Lichen ruber acuminatus geschrieben. Wir h gezeigt, dafs der Lichen ruber ac. KAPOSI nicht ide mit L. r. ac. UNNA, und letzterer nicht mit dem BOE

Nun führen wir noch andre Autoren aus der jün an, um das Wesen des L. r. acuminatus womöglich Augen zu stellen.

KÖBNER [82] nimmt aufser L. r. planus auch ein ruber acuminatus an; letztere ist die überaus seltenere Fo im ganzen 2 Fälle reiner akuminater Knötchen totius beobachtet, beide haben der Arsenikkur am hartnäckigs standen. Die acuminaten Fälle werden rascher a und sind schwerer. KÖBNER enthält sich des entsc Ausspruches, ob beide Formen einen Krankhei darstellen. Er fand bedeutende Störungen des nervensystems bei L. ruber und glaubt auf diese fahrungen, wie auch auf das in der Litteratur vo Material gestützt, einen Zusammenhang zwischen (ac.?) und Nervensystemerkrankung annehmen zu müss

Wir wollen nicht in nähere Details eingehen und b uns auf die uns jetzt vorwiegend interessierenden An L. r. acuminatus.

Wir erwarteten, dafs bei einer so prekären Zahl vo

schichten, welche die Existenz eines Lichen r. acuminatus zu härten nicht genügt, KÖBNER, der doch den jüngeren Dermatogen das Nichtkennen des Lichen ruber acuminatus zum Vorwurfe macht, eine genaue Schilderung seiner Fälle in bezug f Morphologie der Effloreszenzen geben würde. Wir täuschten s in dieser Erwartung, denn wir können aus seinen Krankenschichten nicht ermitteln, warum der eine Fall ein Lichen ber acuminatus war, da doch die Schwere der Krankheit durch ıralysis progressiva und der Tod durch Pneumonie verıacht wurde.

Im grofsen und ganzen scheint KÖBNER trotz seiner Untschiedenheit an die Zusammengehörigkeit beider Formen zu ıuben, da ja der zweite veröffentlichte Fall ein Lichen ruber anus war, und auch von seinen übrigen Fällen mehrere it akuminaten kombiniert waren. Ja, interessant ist e Betonung, dafs die gemischten Fälle deshalb nicht hwerer verliefen!

KARL SCHADEK [87] teilt einen echten Fall von „Lichen ber exsudativus HEBRAE, s. acuminatus“ mit.

SCHADEK ist der sechste, der einen Lichen ruber acuminatus obachtet, und in Rufsland der erste, der einen solchen behrieben hat. Weder POSPELOW, noch POLOTEBNOW [87] haben lche Krankengeschichten mitgeteilt. SCHADEK hat im Verlaufe r letzten 2 Jahre 3 Fälle von L. ruber ac. gesehen. Er verffentlicht einen dieser Fälle, „der nach Charakter und Beständigit des Exanthems zu Lichen ruber ac. gehört, seines leichten erlaufes wegen aber quasi eine Übergangsform zu Lichen planus VILSONI darstellt.“ Der Patient war in seiner Kindheit skroılös, litt an eiterigem Ohrenflufs, an verschiedenen ässenden Ausschlägen und Lymphdrüsenschwellungen. ls SCHADEK ihn behandelte war Patient anämisch, abgemagert, ie oberflächlichen Lymphdrüsen waren deutlich durchzufühlen. uf der Haut der Brust und des Bauches bemerkt man zahleiche, zerstreute Flecke von runder oder unregelmäfsiger Konguration, mit abgerundeten Rändern von rotgrauer Farbe. Auf er Haut des Gesäfses, vereinzelt auf dem Bauch, den Extenorenflächen der Arme und Oberschenkel, desgleichen auf der

Flexorenfläche der unteren Drittel beider Vorderarme zahlreiche Effloreszenzen von verschiedener Gröfse. Gruppen feiner, miliarer, akuminierter Knötchen derber Konsistenz und dunkelroter Farbe bestehen; j chen ist von einer kleinen, festen, trockenen Schuppe nur schwer ablösen läfst, bedeckt."

Sowohl diese Beschreibung als auch die übri passen bis aufs Haar auf Lichen scrophulosorur kann SCHADEK nicht beistimmen, dafs dieser hier ausz ist. In linsen- bis kreuzergrofsen Gruppen können Körperregionen, besonders aber am Stamm sowoh scrophulosorum als auch Lichen syphilit. auftr Knötchen des L. scrophul. sind im Gegensatz zu SCH hauptungen in der Regel sehr derbe, fast in Schüppchen bedeckte, konisch zugespitzte, in stehende, mit Vorliebe zuerst am Stamm auftre an den Extremitäten mit Vorliebe die Streckseit pierende, wenig juckende Knötchen, die fast durch hirsekorngrofs sind und trotz der spezifischen anti Behandlung wachsen und monatelang bestehen.

Ich möchte daher diesen Fall SCHADEKS für Liche halten. Der Verlauf dieses Falles ist nicht der des Lichen KAPOSI, die Ausbreitung geht nicht rasch vorwärts, er nicht allgemein. Er gleicht auch nicht im entfern Lichen r. ac. UNNA, noch weniger aber dem von schriebenen.

Und zuletzt registrieren wir noch einen Fall vo planus aus Brasilien von Dr. ADOLF LUTZ [83], be aufser kleinsten Licheneffloreszenzen 3—5 mm grof und pfenniggrofse Plaques waren. Die Lokalisatio Handflächen ist nicht neu; es müssen dort frische gewesen sein, daher nur permanente Röte und keine Abs

Ich werde jetzt in der Kürze die von mir [85] gesammelten Erfahrungen beleuchten. Prof. SCHWI schon im Jahre 1873 die Primäreffloreszenzen, das ga der Krankheit so beschreibt, dafs diese ganze Beschrei den WILSONschen Angaben als denen von HEBRA

lt im Jahre 1884 den Lichen planus auch für Lichen ruber, r bezeichnet er mit Lichen ruber die schweren allgemeinen ille. Von einem Lichen ruber acuminatus finden wir bei ihm ine Erwähnung.

Prof. GEBER, der nur einen Fall von Lichen ruber acuminatus beobachtet hatte, neigt sich der Ansicht hin, dafs dieser t dem Lichen planus nicht identisch ist und einen ganz deren Prozefs darstellt. Ich bin nicht so glücklich nähere tails über diesen tödlich verlaufenen Fall zu besitzen, und so trückt sich dieser auch einer kritischen Beurteilung. Was ine speziell in Ungarn beobachteten Fälle betrifft, so mufs ich heute insgesamt — einen Fall ausgenommen — für Lichen anus WILSONI halten.

Ich bin mit der festen Überzeugung aus der Schule geten, dafs der Lichen ruber 2 Formen hat, obzwar mir nur mer Fälle von Lichen planus demonstriert worden sind. ber je mehr Fälle und mit je gründlicherer Beobachtung ich zu udieren Gelegenheit hatte, je mehr ich einzelne Erscheinungen, e ich für den Lichen r. acuminatus angehörend betrachtete, sich bei ichen planus wiederholen sah, verlor ich mein Vertrauen meine eignen Kenntnisse über Lichen r. acuminatus. Ich holte Rat on Erfahreneren, auch aus der Litteratur, und der Erfolg ist r, dafs ich heute mit gutem Gewissen an die Existenz eines ichen ruber acuminatus nicht glauben kann.

Von meinen veröffentlichten 14 Fällen war nur der dritte ein Lichen planus. Ich habe diesen nur hypothetisch im ahre 1885 als Lichen ruber acuminatus bezeichnet. Heute ufs ich diese Diagnose verwerfen und sagen, dafs ich nicht eifs, was es war [85].

War dieser Fall eine Pityriasis pilaris DEVERGIE?

Diese, der Wiener Schule unbekannte Krankheit ist auch n die Lichendebatte einbezogen worden. BROCQ wirft UNNA vor, dafs er die Arbeiten der französischen Autoren über iese Krankheit nicht kennt [56]. Bei dieser Gelegenheit erwähnt aber BROCQ, dafs LUSTGARTEN, ein gewesener Assistent KAPOSIS, in seiner und in Anwesenheit der Dres. LAILLER und HALLOPEAU einen typischen Fall von Pit. pilaris DEVERGIE

für einen Lichen ruber acuminatus KAPOSI erkl
Recht bekommen wird, wird sich nach aufmerksam
jektiver Nachforschung herausstellen; soviel können
auch heute schon sagen, dafs jene, die früher die
pilaris nicht gekannt haben, diese auch nach Durch
französischen Autoren nicht besser kennen werden.

DEVERGIE, der die Krankheit selbst nur in 4 F
achtete, entwirft von ihr folgende Erkennungszeichen:

1. Ihr gewöhnlicher Sitz sind behaarte Partie
meistens dort auftritt, wo die meist angedeut
best entwickelten Haarfollikel zu finden sind.
machen nur die Haarfollikel der Kopfhaut, da sie d
kommt. Sie pflegt an der Aufsenseite der unteren E
und zwar an den Vorderarmen und Unterschenkeln
und bevorzugt aufserordentlich gern die in ovoi
angeordneten Haarfollikel der dorsalen Fläche der I.
der Finger, kann sich aber auf der ganzen Hautoberfl
die Kopfhaut ausgenommen.

2. Sie führt zur chronischen Röte und V
der in der Umgebung der Haarfollikel befindlichen
bedeckenden Haut und zwar derart, dafs sich an der
jeden Haares ein kleiner konischer Pyramis präse
welchem ein Haar heraussteht. Alle diese kleinen
sind durch gesunde Haut separiert und zeigen so die
Gänsehaut.

3. An den Spitzen dieser konoiden Erhabenheit
ziemlich hartes, feststehendes Epidermisschüppchen.
die Haut anfühlen, bekommen wir das Gefühl eines

4. Es genügen ein oder mehrere Bäder um diese
zu entfernen und der Haut ihre frühere Geschmeidigk
zugeben, aber die konoiden Erhebungen bleiben in
sprünglichen Zustande; aber selbst diese verschwinden
sie frisch sind, um dann in einigen Tagen wiederzuke

5. Diese Krankheit ist sehr häufig frei von J
durch diesen Umstand nähert sie sich der Psoriasis et

Die Krankheit trat in allen 4 Fällen bei 16—
Individuen auf. Immer war ihr eine Psoriassis

tyriasis capitis und eine mehr weniger allgemeine Pityasis rubra vorausgeeilt. Diese 3 Krankheitsformen traten der Reihenfolge ihrer Aufzählung auf.

Die Pityriasis pilaris zeigte sich bisher mit chronischem erlauf und sehr langer Dauer. „Sie ist sehr rebell, wenn sie ion lange besteht, und widersteht dem Arsen und der äufserhen Behandlung. Sie verschwand nur auf kurze Zeit in JIBOUTS Fall."

Aus diesen und aus den mitgeteilten Krankengeschichten geht hervor, dafs diese Pityriasis pilaris eigentlich nommen eine Hautkrankheit mit Knötcheneruption ist, bei elcher aber die Knötchen fast ausnahmslos die Umgebung der aarfollikel begünstigen; die Knötchen kommen aber auch dort r, wo keine Lanugohärchen zu sehen sind, also Stirn, innere äche der Vorderarme und Oberschenkel. Die Knötchen sind t, konisch zugespitzt, mit harten Schüppchen an ihrer Spitze, n Haaren (wo solche sind) durchbort.

Ist diese Krankheit ein Lichen ruber?

(Fortsetzung folgt.)

Über die **Dermatitis herpetiformis von Duhring.**

(Arthritis bullosa, BAZIN. Pemphigus pruriginosus, HARDY. Hydroa der englischen Autoren.)

Von

Dr. L. BROCQ

in Paris.

Mit Bewilligung des Verfassers übersetzt von Dr. TÜRKHEIM.
Mit Anmerkungen versehen von Dr. P. G. UNNA.[1]

Einleitung.

Es erscheint fast unmöglich, zur Zeit einen nur einigermafsen bediegenden Überblick über den gegenwärtigen Stand der bullösen Hautkrankungen zu geben. Ein Blick in die neuesten Arbeiten[2] über diesen

[1] Die Anmerkungen werden am Ende der ganzen, durch mehrere efte gehenden Abhandlung als „Anhang" erscheinen.

[2] Siehe besonders die ausführliche Arbeit von CHAMBARD über den emphigus. *Diction. encyclop.* 2. Folge. Bd. 22. pag. 441. 1886.

Gegenstand beweist das; man findet da unter den verschi
Namen die nämlichen Krankheiten beschrieben, und umgeke
auseinanderliegende Krankheitsformen zu einer Gruppe ve
Ursachen dieser Verwirrung sind mannigfaltige; ich will nu
namhaft machen: zuerst und vor allem die Vielgestaltigkeit
Eruptionen, so dafs zwei völlig gleiche Fälle wohl nur selte
und es mithin schwierig ist, einen klinischen Typus aufzustell
ist die Terminologie dieser Krankheiten noch durchaus unge
drücke wie Pemphigus acutus und P. chronicus sind ganz we
sagen nur, dafs man es mit bullösen Erkrankungen v
oder langsamem Verlauf zu thun habe. Auch hat
dieser Ausschläge mit verschiedenen Namen bezeichnet, so z. B
thema polymorphum vesiculosum et bullosum; Eryt
morphum infectiosum; Hydroa vesicul. et bullos.;
herpetiformis u. s. w. Die Verwirrung ist so grofs, dafs
matologen neuerdings zweifelhaft geworden sind, ob es wirklic
Krankheitsbilder gibt, die man mit dem Namen Pemphigus
P. chronicus belegen könne.

Um nun in dieses Chaos von Namen und Thatsache
nung zu bringen, glaubte ich für die bullösen Affektionen d
selben Weg einschlagen zu sollen, den ich 1882 für die mit
schuppung einhergehenden Allgemeinerkrankungen der Haut g
Es kam mir darauf an, engbegrenzte klinische Krankheitsbilde
und mich vor jeder Verallgemeinerung möglichst zu hüten.

Hat man erst einmal solche Typen auf Grund von
vergleichbaren Thatsachen aufgestellt, so wird das Studium u
pierung jener ganz seltenen Fälle leicht gelingen, jener Fäl
man sich leider nur allzuviel beschäftigt, und die man mei
einstweilen besser beiseite liefse. — Von solchen allgemein
punkten bin ich bei Abfassung der vorliegenden Arbeit aus
beschäftigt sich mit einer jener Formen, die dem Pemphigus
werden, mit der Dermatitis herpetiformis von Duhring.

I. Teil.

Darlegung und Erörterung der Duhringschen Ansch

I. Kapitel.

Die Bedeutung der Frage.

Im Jahre 1884, zur Zeit als Duhrings erste Abhandlunge
hatte die Verwirrung ihren höchsten Gipfel erreicht, und
Frankreich zu der Erkenntnis gelangt, dafs die berühmte E
bullösen Hautausschläge von Nodet[3] in Eruptiones pemphigoid

[3] *Contribution à l'étude des éruptions pemphigoïdes aiguës*

polymorph. bull. u. s. w.) und Eruptiones pemphiginosae (Pemphigus ver.) len Thatsachen nicht entspreche. Bekanntlich handelt es sich nach Nodet, wenn sich die Blase auf einer primären „plaque congestive" entwickelt, um die bullöse oder pemphigoide Form des Erythema, Herpes, Hydroa, Urticaria u. s. w., aber nicht um einen wirklichen Pemphigus sui generis. Letztere Bezeichnung will er ausschliefslich für jene Form gewahrt wissen, wo sich die Blase auf der gesunden Haut entwickelt. Diese anscheinend so glatte Einteilung, die sich auf die pathologische Anatomie und Physiologie der in Frage stehenden Krankheiten zu stützen schien, konnte doch einer aufmerksamen Prüfung der Thatsachen nicht lange Stand halten. Sehr bald hatte man nämlich beobachtet, dafs auf ganz gesunder Haut, ohne vorherige Rötung, umfangreiche, durchscheinende Blasen auch in Fällen von zweifellosem Erythema polymorph. bull. auftraten, und umgekehrt erkannte man die Unmöglichkeit, mit dieser Nodetschen Lehre jene Thatsachen zu erklären, deren ich bereits 1884 Erwähnung gethan[4], und die nun in vorliegender Abhandlung eingehend besprochen werden sollen.

Erst ganz kürzlich sah ich auf der Abteilung von E. Vidal im Krankenhaus St. Louis einen Ausschlag, den man anfangs für Erythema polymorph. bull. gehalten hatte. Er bestand nun schon seit 8 Monaten. Einige Blasen hatten einen roten Untergrund, andre lagen der gesunden Haut unmittelbar auf; die Krankheit zeigte bei ihrem Beginn ganz den Charakter eines Erythema polymorph. Konnten nur Anamnese und Aussehen genügen, um diesen Ausschlag von einem Pemphigus chron. verus zu unterscheiden? Handelte es sich in diesen und ähnlichen Fällen um ein verschlepptes Erythema polymorph. oder um einen chronischen Pemphigus? Man sieht, die Nodetsche Einteilung läfst uns hier völlig im Stich.

Die Schwierigkeit einer richtigen Klassifikation, mit der wir noch bis vor kurzem zu kämpfen hatten, kam daher, dafs wir uns zu sehr auf die Hautstörung beschränkten und dafs wir die wichtigen Arbeiten unsers grofsen Dermatologen Bazin ganz vergessen hatten. Bazin waren die eben mitgeteilten Thatsachen schon bekannt; er hatte sie unter dem Namen der „Arthritis bullosa" zusammengefafst. Man braucht der von ihm aufgestellten Krankheitsgruppe nur einen andren Namen zu geben, um sie bedingungslos als scharf umschriebene einheitliche Gruppe überall anerkannt zu sehen. — Das ist die wahre Geschichte dieser Affektion, deren Studium sich Duhring wieder zugewandt hat. — Abgesehen von verschiedenen Einschränkungen, die ich im Laufe dieser Arbeit machen werde, kann ich dem gelehrten Dermatologen in Philadelphia die Anerkennung nicht versagen, dafs er die Notwendigkeit, einen besondern Krankheitstypus aufzustellen, richtig erkannt und seine Aufgabe mit unermüdlicher Ausdauer und sehr viel Geschick gelöst hat.

---

[4] Vgl. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 1884. pag. 564.

II. Kapitel.

Arbeiten und Beobachtungen von Duhring.

Am 6. Mai 1884 machte D. der amerikanischen medizini schaft die erste Mitteilung über seine Dermatitis hepetiform hat er ohne Unterlafs Aufsätze und Beobachtungen über diese veröffentlicht. Eine genaue Kenntnis derselben ist für das wendig.

Im Rahmen dieser Abhandlung ist eine ausführlich aller Duhringschen Fälle nicht gut möglich. Ich mufs m kurzen Auszug nebst Litteraturangabe beschränken. Vier Fälle in den *Annales de Dermat. et de Siphiligraphie* übersetzt; Frankreich noch unbekannte Beobachtung sei vollständig w damit der Leser wenigstens ein typisches Beispiel der A Augen habe.

1. Beobachtung. Dermatitis herpetiformis, daue Jahre und zeigt alle Formen, die diese Affektion kann.[6]

Mann von 44 Jahren, seit 11 Jahren mit einem vielge zündlichen Ausschlag behaftet, der aus erythematösen Plaques Vesikeln, Pusteln, Exkoriationen und Flecken zusammengese juckt und die ganze Haut betrifft. Von Zeit zu Zeit treten schübe von 3—4-wöchentlicher Dauer auf; in den Pausen ersch Nachschübe. Zur Zeit befindet der Kranke sich wohl, doch i ganz frei von seinem Ausschlag.

2. Beobachtung. Typischer Fall von Dermatitis her Duhring.[7]

Mann von 22 Jahren, seit länger als 2 Jahren mit ein Ausschlag behaftet, bei welchem nach einander in wechse Vesikeln, Blasen, Pusteln auftraten. Die Krankheit sah w Monats wie Pemphigus foliaceus aus.

3. Beobachtung. Typischer Fall von Dermatitis her Duhring.[8]

Frau von 35 Jahren, nervös und heruntergekommen, seit mehreren Monaten mit einem lebhaft juckenden Aussc der aus einzelnen oder in Gruppen auftretenden erythemat Vesikeln und Blasen besteht.

---

[5] *New York Medical Journal.* 17. Mai 1884. pag. 562.
[6] *Philadelph. Medical Times.* 12. Juli 1884. — Bespr *Annales de Derm. et de Syphil.* 1884. pag. 549.
[7] *New-York Medical Journal.* 9. April 1887. pag. 404. übersetzt im Aug.—Sept.-Heft der *Annales de Dermat.* Ref. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1887. pag. 671.
[8] Ebendas.

4. Beobachtung. Fall von Dermat. herpetif., den man als pus der pustulösen Abart dieser Krankheit betrachten kann petigo herpetiformis Hebra), Duhring.[9]

Frau von 32 Jahren, seit 8 Jahren mit einem sehr juckenden Aus-ag behaftet; es bestehen über den ganzen Körper Vesikeln, Blasen, teln, die durcheinander in verschiedenen Schüben auftraten, in dem eine Mal Vesikeln und Blasen, das andre Mal nur Pusteln erscheinen . w., häufig bildet auch der Ausschlag Figuren, indem um eine primäre trale Pustel sich nachträglich kleinere herumgruppieren. Bisweilen, ientlich während der Schwangerschaft, verschwindet der Ausschlag ganz.

5. Beobachtung. Fall von Dermatitis herpetif. von 13jähriger uer, Duhring.[10]

Es handelt sich um einen 31jährigen Maler; derselbe wurde am Juli 1874 in das Spital für Hautkrankheiten zu Philadelphia aufge-nmen. Sein Hautleiden, das ihn seit 1871 verfolgt, befiel eines Tages tzlich den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts, und war nament-l am Knie und Ellbogen sehr heftig. Der Ausschlag bestand aus erythe-tösen Plaques von Erbsen- bis Fingernagelgröfse; die Plaques waren aben, abgeplattet, flossen zum gröfsten Teil zusammen und waren von em lebhaften Jucken begleitet. Im ganzen glich dieser Ausschlag nach ilderung des Kranken sehr der Urticaria; er verschwand wieder nach gefähr 3—4 Tagen.

Dann erschien ein pruriginöser Ausschlag von kleinen, abgeplatteten, ndlichen Pusteln, über den ganzen Körper zerstreut, besonders wieder Knie und Ellbogen. Die Pusteln nahmen langsam an Gröfse zu und deckten sich mit festhaftenden, bräunlichen Borken. Auch hier war eder eine Abstufung von Fingernagel- bis Erbsengröfse vorhanden; die nzelnen Pusteln dauerten von 5—13 Tage. Nach Verlauf von 4 Wochen ren sie alle verschwunden. Aber fast schon vor Abstofsung sämtlicher rken folgte eine neue Eruption, diesmal zusammengesetzt aus Blasen und äschen von allen Gröfsen, Stecknadelkopf- bis Haselnufsgröfse, letztere mentlich auf den Extremitäten und im Gesicht. Am übrigen Körper aren sie kleiner und erreichten kaum die Gröfse einer Erbse. Einige aren kugelig, andre abgeplattet, ohne Hof, ihr Inhalt klar und durch-heinend. Es bildeten sich keine Pusteln daraus; das Jucken war sehr stig. Dieser Anfall dauerte an 2 Monate, und es traten jeden Tag neue lasen auf.

Nachdem sich der Kranke dann während mehrerer Monate leidlich ohl befunden hatte, erschien ein neuer Ausschlag von kleinen Vesikeln, usteln, pustulösen und papulösen Vesikeln. Dieser, ausgesprochen poly-

[9] *Journal of Cutaneous and Venereal Diseases.* Aug. 1884. No. 8. . 225. Besprochen in den *Annales de Dermat.* 1885. S. 238.
[10] *New-York Medical Journal.* 15. Nov. 1884.

morphe Ausschlag war sehr juckend und dauerte ungefähr
traten noch verschiedene, kurzdauernde Nachschübe auf; in
zeit befand Patient sich wohl. Die Jahreszeit schien von k
auf den Verlauf der Krankheit zu sein.

Duhring sah den Kranken zuerst im Juli 1874, i
Stadium; er hatte einige 20 Pusteln, teils in Gruppen, teil
Erbsen- bis Fingernagelgröfse, zumeist abgeplattet und in
einer schmutzigbraunen, festhaftenden Borke versehen, ähn
Ekthyma. Die Pusteln safsen in der Kreuzbein- und Lend
dem Gesäfs, an den Knieen und Ellbogen, und juckten se
jüngsten Pusteln waren von einem lebhaft roten Hof umgebe
die Neigung, in der Mitte einzutrocknen, wo sich dann eine
und sich peripherisch weiter auszudehnen, so dafs kleine,
deutliche, eiterige Ringe entstanden, welche die Kruste u
grenzten. Diese Hautstörung glich also genau dem „Ecthyma
oder man konnte auch an das Ekzema pustulos. oder die
tagiosa denken. Nach 3 Wochen war der Zustand des Krank
von einer vorübergehenden Besserung, noch unverändert.
Krankenhaus, völlig entmutigt, im Nov. 1874.

Im Januar 1879 stellte er sich im Krankenhaus der Pe
Universität vor. Bis in die jüngste Zeit war das Leiden min
getreten und hatte ihn während dieser 4 Jahre oft 1—6
ganz verschont, ohne jedoch jemals völlig zu verschwinden.
befinden ist weniger gut; das Nervensystem namentlich hat

Die Eruptionen, mit denen der Kranke augenblicklic
gleichzeitig, teils in aufeinanderfolgenden Schüben behaftet
folgende: 1. Pusteln mit eiterförmigem, weifslichem Inhalt,
bis 1 Frankstück grofs. 2. Bläschen mit klargelber Flüssig
verschiedener Gröfse. 3. Erbsen- bis kirschgrofse Blasen.
laufende Papulo-Vesikeln mit serös-klebrigem Exsudat. Die
nur wenig, die Bläschen und Blasen dagegen desto mehr.
fühlt sich während der pustulösen Eruption sehr elend;
nur 3—4; bei den übrigen Anfällen handelte es sich um
Blasen.

Das Leiden tritt in einzelnen Schüben auf, die durch
von wochen- bis monatelanger Dauer getrennt sind. Der
ist kaum verblafst, so erscheint schon der andre. Frost od
niemals dabei auf. Die einzelnen Blasen u. s. w. rücken ge
auf dem Raum von 1—2 Daumenbreite erscheinen ihrer 4—5
sie zusammenfliefsen. Die befallenen Gegenden sind der Hal
die Ellbogen, die Kniee, die Kreuzbein- und Gesäfsgegend
die bevorzugten Punkte). Geschlechtsteile, Hände und Füfs
immer verschont; palma manus und planta pedis sind niemal

11. März 1879. Jede Pustel gebraucht im Mittel zu

twickelung 2—3 Wochen; sie hinterlassen niemals Narben, wohl aber nkelrote oder bräunliche Flecke, die nicht wieder verschwinden. Meistens den sich die Pusteln verstreut, nur wenige sind zu Gruppen angehäuft. ährend eine Pustel langsam auswächst, entstehen gewöhnlich um sie rum zahlreiche abgeplattete, stecknadelkopfgroſse Pusteln, die eine Art ng um die zentrale Borke herum bilden.

Seit 3 Nächten belästigt den Kranken das Jucken sehr. Ein neuer ticaria ähnlicher Ausschlag hat sich gebildet, wie ihn Patient früher non mehrfach gehabt haben will. Er fing an den Armen an und über- g dann den ganzen Körper, mit Ausnahme der Hände und Füſse; er steht aus stark roten, erythematösen Plaques, die so stark jucken, daſs dem Kranken den Schlaf rauben. Am Morgen des dritten Tages ist eser Ausschlag verschwunden; Patient aber fühlt sich unwohl, hat keinen nger. Am selben Abend noch erscheint die Eruption unter lebhaftem nbehagen wieder, später Frost und reichliche Schweiſse. Am folgenden orgen ist sie von neuem verschwunden und der Kranke fühlt sich besser; er die Haut bleibt gerötet; stellenweise papulös und vesikulös; auf den rmen erregt sie den Eindruck eines im Abmarsch begriffenen Erythema olymorphum.

Am 16. März erscheinen 6 Pusteln auf den Armen und am Gesäſs, n 25. weitere Pusteln an verschiedenen Stellen.

29. Juni. Seit der letzten Aufzeichnung wurde der Kranke von ehreren Anfällen heimgesucht. Augenblicklich haben wir es mit Vesikeln nd Blasen zu thun, die stecknadelkopf- bis kaffeebohnengroſs sind; sie tzen im Gesicht, auf den Ober- und Vorderarmen, dem mittleren Teil des ückens; das Jucken ist unerträglich.

1. Juni 1884. Seit der letzten Aufzeichnung sind 4 Jahre verstrichen. n dieser langen Zeit hatte Patient unter mehrfachen Anfällen zu leiden, ie vielleicht minder heftig auftraten, und bei denen es sich namentlich m Vesikeln handelte. Eine anhaltende Besserung konnte durch kein ittel erzielt werden. Zur Zeit finden sich lebhaft juckende und nur ndeutlich abgegrenzte Vesikeln und Papulo-Vesikeln im Gesicht, am Hals nd am Rumpf. Der Kranke befindet sich bei alledem besser und geht einen Geschäften nach.

6. Beobachtung. Fall von Dermatitis herpetiformis im Anschluſs an eine Nervenerschütterung, Duhring.[11]

Mann von 33 Jahren. Vor 4 Jahren heftige Gemütserschütterung nfolge Stürzens in eine Schlucht. Seitdem über den ganzen Körper verbreitet ein sehr juckender Ausschlag, der bald aus Vesikeln, bald aus Blasen, bald aus Pusteln besteht, die zu Gruppen geordnet oder verstreut auftreten und in aufeinanderfolgenden Schüben erscheinen. Eine sehr interessante Krankengeschichte. Ich werde auf dieselbe bei Besprechung

[11] *American Journal of Medical Sciences.* Jan. 1885.

der Dermatitis polymorpha pruriginosa chron. noch mehrfa
kommen.

7. Beobachtung. Fall von Dermatitis herpetiformi
Duhring.[12]

64jähriger Mann, leidet seit 4 Jahren an einer lästig juc
gemeineruption, die aus Papulo-Vesikeln, Vesikeln, Blasen u
besteht; die beiden mittleren Formen herrschen vor. Die Kra
schubweise auf und scheint allmählich an Heftigkeit zu verliere

8. Beobachtung. Fall von Dermatitis herpetifor
gezeichnet durch besondere, „gelatinöse" Efflor
Duhring.[13]

65jähriger Mann, leidet seit 7 Jahren an einem juckenden
der während der ersten 5 Jahre nur während des Winters
sich zuerst durch Jucken und Röte bemerkbar machte. Später
auch Pusteln und Blasen mit einer durchscheinenden Flüssigk
Blasen, die eine ganz eigenartige gelatinöse Masse enthielten
schlag verschwand mit der Zeit gar nicht mehr und wurde i
erhalten durch Nachschübe von Papulo-Vesikeln, Blasen und Pu

9. Beobachtung. Fall von Dermatitis herpetiformis
Erythema multiforme glich, Duhring.[14]

Mann von 70 Jahren, leidet seit über einem Jahr an
morphen Ausschlag über den ganzen Körper; derselbe veru
heftiges Jucken und Brennen. Nach Angabe des behandeln
verändert dieser Ausschlag von Zeit zu Zeit seinen Charakt
nur vesikulös, bald rein erythematös, oder zeigt bald gleich
Formen.

An diese Krankengeschichten knüpft Duhring dann folgen
Betrachtungen:

Da das erythematöse Element vorherrschte, so konnte m
diesen Fällen nicht an Herpes Iris denken. Aufserdem sprac
Dauer des Leidens, seine Hartnäckigkeit, seine Neigung zu w
Anfällen, sowie das heftige Jucken dagegen.

Soll man, fährt der Verfasser fort, den letztgenannten
Erythema multiforme oder für eine Dermatitis herpetiformis ans
man den Begriff des Erythema polymorph. durch Einfügung e
schen Prozesses in das Krankheitsbild erweitern, nur damit auc
Beobachtung und ihr ähnliche Fälle in jene Gruppe eingeord
können? Oder thun wir nicht besser, die aufgezählten Fäll
sehr von dem Bild des typischen Erythema polymorph. abw
Gruppe für sich zu behandeln? D. ist vielmehr geneigt, in

---

[12] *New-York Medical Journal.* 19. Juli 1884.
[13] *Medical News.* 7. März 1885.
[14] *Medical Record.* 2. April 1887. pag. 380.

ırten Beobachtung, wegen ihrer Entwickelung, das Beispiel der ery-
atösen Varietät der Dermatitis herpetiformis zu erblicken. Indessen
rfe man zu einem endgültigen Urteil noch weiterer Beweisstücke. Er
also diese interessanten Fragen einstweilen in der Schwebe.

Wenn man die 9 mitgeteilten Krankengeschichten durchliest, so über-
man sich leicht, dafs sie alle eine gewisse Familienähnlichkeit haben
dafs sie nur wenig verschiedene Beispiele eines und desselben Leidens

Duhring hat das sehr richtig erkannt und hat sie deshalb zu einem
ıdern Krankheitsbild, seiner Dermatitis herpetiformis zusammengestellt.
eschreibt diese Dermatose, von der er im ganzen nur 15 Fälle gesehen
folgendermafsen:

Die Dermatitis herpetiformis[15] zeichnet sich aus durch das Auftreten
n erythematösen Plaques, die mit den Quaddeln der Urticaria und des
ıema polymorph. grofse Ähnlichkeit haben; 2. von Herpes-Bläschen,
ıach Form und Gröfse schwanken, bald abgeplattet, bald erhaben sind,
nnt oder in Haufen stehen; 3. von Blasen mit gleichen Eigenschaften;
on abgeflachten oder spitzen Pusteln mit mehr minder rötlichem
5. von Papeln, Papulo-Vesikeln, Infiltrationen, von verschiedener Aus-
ung. Sämtliche Formen jucken heftig und zeigen grofse Neigung,
etischen Charakter anzunehmen, so dafs man den Herpes zoster als
ıs dieser Eruption aufstellen könnte. Alle die genannten Formen
ıen jede für sich oder mehrere gleichzeitig bestehen; sie können auch
einander in einem oder in verschiedenen Anfällen bei demselben
viduum auftreten; kurz, eines der Hauptmerkmale der Dermatitis
etiformis ist ihre proteusartige Erscheinungsweise.

D. unterscheidet 4 Varietäten:

1. Die erythematöse Varietät (Beobachtung 9), ähnelt der Urti-
ı, namentlich aber dem Erythema multiforme und geht gewöhnlich in
der 3 folgenden Arten über.

2. Die vesikulöse Varietät, viel häufiger als die vorhergehende,
akterisiert durch stecknadelkopf- bis erbsengrofse Bläschen. Dieselben
gewöhnlich unregelmäfsig, eckig, glänzend, schmutzig weifs, von einem
n Hof umgeben; sie stehen zerstreut oder in kleinen Haufen und
ıen sich eines in das andre eröffnen; die Eruption ist in solchen
en meistens reichlich und ausgebreitet. In chronischen Fällen endet
mit Pigmentation. Das Jucken ist sehr lebhaft. Unter diese Varietät
ıet D. den Herpes gestationis der Engländer. Ich werde auf diese
ge später noch zurückkommen.

3. Die bullöse Varietät; sie besteht aus Blasen, die so ziemlich
elben Eigenschaften wie die Vesikeln besitzen. Man wirft sie gewöhnlich
dem Pemphigus zusammen.

4. Die pustulöse Varietät; sie besteht aus halbkugeligen oder

[15] *Philadelphia Medical Times.* 12. Juli 1884.

abgeplatteten, weifslichen, verschieden grofsen Pusteln, die d
und Ekthyma-Pusteln ähnlich sehen. Sie pflegen an der
wachsen, während im Zentrum sich eine Kruste bildet. Meis
von einem entzündlichen Hof umgeben und stehen in kleinen
2 bis 3 oder mehr Pusteln, die zusammenfliefsen können.
Gruppierung ist eigentümlich, eine mittlere Pustel umgibt s
Anzahl kleinerer, die bisweilen um sie herum eine Art Kran
beim Herpes Iris. Jedoch ist das kein ständiges Vorkomm
rechnet D. die Impetigo herpetiformis HEBRAE; ob mit Rech
erörtert werden.

Alle Varietäten der Dermatitis herpetiformis haben einige
Eigenschaften, besonders im Beginn einer Krise: Jucken und
sehr lebhaft. Das Leiden tritt gern paroxysmenweise und
Rückfällen auf; seine Dauer beläuft sich auf Jahre. Es kann
teile befallen. Es tritt gleichmäfsig bei beiden Geschlechtern
während der mittleren Lebensjahre auf und widersteht jeder

Da man ihn aber mifsverstanden zu haben schien, in
schiedenen Seiten unter der Aufschrift Dermatitis herpetiform
öffentlicht wurden, die diesem Typus keineswegs entsprache
neuerdings auf die besonderen Charaktere dieser Dermatose
Das hauptsächlichste pathognomonische Zeichen besteht nach i
fältigkeit der eruptiven Elemente; diese Vielfältigk
einem oder erst in verschiedenen aufeinanderfolgenden Sch
treten; um sie festzustellen, mufs man also die Krankheit bisw
Zeit in ihrem Verlauf beobachten. Die ursprünglichen
wie Erythema, Bläschen, Blasen, Pusteln, Papeln, findet man
Folgezuständen, wie mehr minder dunkle Verfärbungen, E
Hautverdickungen, untermischt. — Die andern wichtigen
sind: das Jucken; das Chronischwerden des Leidens, seine
unbestimmten Zwischenräumen, gewöhnlich alle 6—8 Woc
divieren.

Gestützt auf diese Hauptmerkmale der in Frage stehende
hat D. endlich im September 1887, 3 Jahre nach seinen erst
lichungen, folgende Differential-Diagnose aufgestellt.[16] (Ich h
derselben bereits früher, *Annales de Dermatologie.* 1886.
schäftigt.)

Einige Fälle der Dermatitis herpetiformis, sagt der
Dermatologe, gleichen völlig dem Erythema polymorph., nur
zelnen Elemente der ersteren weniger deutlich begrenzt sind
letztere bald wieder verschwindet.[17] Bisweilen ähnelt die Derm

---

[16] DUHRING, Diagnose der Dermatitis herpetiformis (Ameri
logical Association. Sept. 2 1887.) *Monatsh. f. prakt. Derm.* 18

[17] Vgl. weiter oben die Bemerkungen zu Beobachtung
unten die Kritik der DUHRINGschen Ansichten.

rmis dem Herpes Iris Bateman; letzteres ist aber ein akutes, gutartiges, hnellheilendes Leiden, während ersteres chronisch und bösartig ist und it viel tieferen Hautstörungen einhergeht. — Die bullöse Varietät der ermatitis herpetiformis kann leicht mit dem Pemphigus vulg. verwechselt erden, aber die Vielgestaltigkeit der Eruptionen benimmt bald jeden weifel.

Dies sind nach D. in grofsen Zügen die unterscheidenden Merkmale r Dermatitis herpetiformis. Es wäre sehr zweckmäfsig gewesen, wenn ein bischen mehr auf die Einzelheiten der Differentialdiagnose eingangen wäre. Er hätte dadurch sehr vielen mancherlei Zweifel und nsicherheit erspart, die sich, wie wir, eine genaue Vorstellung seines rankheitstypus zu machen versuchen.

Das Verständnis wird besonders dadurch erschwert, dafs Duhring, nstatt seine Dermatose von den zahlreichen andern Hautkrankheiten, die nige Ähnlichkeit mit ihr haben, abzugrenzen, sich vielmehr bemüht hat, ehrere, bereits klassifizierte, unter Blasenbildung einhergehenden Hautiden in sein System hineinzuzwängen. Er wollte zu sehr verallgemeinern, ieser Gruppe ein grofses Gebiet einverleiben und so das Stadium der esikulären, bullösen und pustulösen Hauterkrankungen vereinfachen. Wir erden sehen, dafs dieser Versuch nur zum Teil berechtigt, zum Teil aber ifsglückt ist; derselbe hat viele Gelehrte irre geführt und hat die meisten rzte gar nicht zur Erkenntnis der wahren Bedeutung dieser Untersuchungen ommen lassen.

Nach D. gehören folgende Krankheiten zur Dermatitis herpetiformis[18]: . Impetigo herpetiformis Hebra, die mit der pustulösen Varietät identisch st. 2. Herpes gestationis von Milton und von Bulkley, der zur vesikuösen und bullösen Varietät gehört. 3. Verschiedene andre eruptive Formen, ie als Herpes mit verschiedenen Beiwörtern bezeichnet werden, wie Herpes hlyktaenodes nach Gibert, Herpes circinatus bullosus nach E. Wilson, I. Iris nach Jarisch. 4. Die meisten Pemphigusarten, wie P. circinatus ach Rayer, P. acutus pruriginosus nach Chausit, P. compositus, Herpes emphigoides nach Devergie, der Pemphigus von Klein, der P. pruriginosus von Hardy u. s. w. 5. Viele als Hydroa und anderweitig bezeichnete Fälle.

Dies sind die Ansichten des amerikanischen Dermatologen. Ich werde sie zuerst besprechen und dann untersuchen, welche der genannten Krankheitsgruppen der Dermatitis herpetiformis zuzuzählen sind, welche nicht.

(Fortsetzung folgt.)

---

[18] Vorläufige Mitteilung über die Beziehung der Dermatitis herpetiformis zum Herpes gestationis und andern ähnlichen Leiden, von Duhring. *The Medical News.* 22. Nov. 1884. — Vgl. auch *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1885. pag. 357.

Referate.

En Spyflue, Lucilia nobilis, snyltende hos Me
Dr. Fr. Meinert. (*Entomologiske Meddelelser.* I. 3. 1888.)

In seiner Bibliotheca entomologica hat Hagen die schon zie reiche Litteratur der „insecta in corpore humano" zusammenge Fliegenlarven betreffend. Keine Fliegenart scheint doch vo ausschliefslich auf Menschen angewiesen, nicht einmal die süd Lucilia hominivorax. In den letzten Jahren hat Dr. Joseph (Fliegenkrankheit) sehr eingehend bearbeitet; unter den von i Fliegenlarven hat die der Sarcophila Wohlfarti ein vortrete Im Spätsommer 1887 ist im Kopenhagener Hospitale ein F vorgekommen. Ein Seemann hatte ein Seebad genomme am Meerufer zum Schlafen gelegt, erwachte mit starkem und hatte einige Tage nachher purulenten und blutigen Au Ohren und aus der Nase. Im Spitale wurden durch Ausspülu von lebenden Maden entfernt. Dieselben wurden von Dr. gebrütet und gehörten, zwar nicht der Sarcophila Wohlfart Lucilia nobilis an.

Kopenhagen. R

Ernst Kiwull. **Pharmakologische Untersuchunge Solvinpräparate.** Inaug.-Diss. Dorpat 1888.

Die unter Koberts Leitung vom Verf. angestellten U über die Eigenschaften und eventuelle therapeutische Bra Solvinpräparate (mit Alkalien neutralisierte Ätherschwefelsäure Fett- und Ölsäuren) sind von den verschiedensten Gesich vorgenommen. Das Endresultat der umfassenden und gründli Beziehungen des Solvins zwischen Haut- und Unterhautzellg sichtigenden Arbeit Kiwulls ist das, dafs die Solvine sich ph und toxikologisch den Saponinkörpern sehr ähnlich verhal vor ihrer Einführung in die medizinische Praxis werden kann.

Greifswald.

A. Lübbert. **Die α-Oxynaphthoësäure.** Mitteilung teriologischen Laboratorium der Dresdener Albertstadt.

Mit α-Oxynaphthoësäure bis zu ¼ % herab versetz werden untauglich für die Entwickelung von Fäulnisorg Schimmelvegetationen. Wässerige Lösungen der Säure l Hilfe von Natriumphosphat feststellen, welch letzteres die

re nur unbedeutend einschränkt. Bei Gegenwart von 2 % Natrium-sphat genügt der Gehalt von 1 % α-Oxynaphthoësäure, um Harn, Fleisch-aktlösung oder eiweifshaltige Bouillon steril zu erhalten. 2 Liter mit nden Mikroorganismen reichlichst versehener Fäulnisjauche wurden 15,0 der trockenen Säure geschüttelt. Davon entnommene Proben auf atine übertragen zeigten schon nach ½ Stunde merkliche Abnahme in weiteren Entwickelung, nach 2 Tagen ging keine Kultur mehr an, und den folgenden 12 Tagen blieb die Jauche gleichmäfsig steril.

Sporenfreie Milzbrandbacillen, in einer 4 % der Säure enthaltenden riumphosphatlösung aufgeschwemmt und nach 5 Stunden einer Maus geimpft, erzeugten keine spezifische Wirkung mehr, ebenso auch nicht an den folgenden Tagen vorgenommenen Impfungen. Staphylokokkus a. in 3—4 % Oxynaphtoësäure enthaltender 10 %iger Natriumphosphat-ung aufgeschwemmt, rief bei Kaninchen, subkutan oder ins Kniegelenk geführt, keine Eiterung hervor.

Milzbrandsporen an Seidenfäden wurden in Bouillon gebracht, die sungen der Säure enthielt, welche mit verschiedenen Medien hergestellt ren. Eine Beeinflussung ihrer Weiterentwickelung fand nicht statt. ch Zusatz gesättigter alkoholischer Lösung zur Nährflüssigkeit blieb rkungslos. Dagegen gingen Impfungen von Milzbrandsporen, die in einer triumphosphatlösung gelegen hatten, welche bei 55 ° mit der Säure sättigt war, bei Mäusen nicht mehr an, wenn die Impfung 4 Tage nach m Einlegen der sporenhaltigen Seidenfäden in die Lösung vorgenommen urde.

10 % wässerige Kaliseifenlösung, bei 38 ° mit Oxynaphthoësäure sättigt, tötete Milzbrandsporen im Verlauf von 2 Tagen. Aufnahme der ure per os war für Mäuse tödlich, Fische, Frösche und Krebse starben mit der Säure gesättigtem Wasser. (Siedendes Wasser löst etwa 075 %.)

Ein 0,5 % der Säure enthaltendes Kollodium, sowie 1 ‰ — 1 % -Oxynaphtoësäure-Watte scheinen nach den wenigen zunächst vorliegenden eobachtungen in praktischen Fällen, z. B. bei Schankergeschwüren, rauchbar, doch zieht Verf. selbst aus seinen bisherigen Versuchen auf iesem Gebiet vor der Hand noch keine positiven Schlüsse.

Greifswald. Schulz.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Uber 3 Fälle von **Hemiplegia syphilitica** mit Demonstration derselben trägt Riff in der Strafsburger mediz. Gesellschaft am 1. Dezember 1887 vor.

1. 37jähriger Mann, vor 11 Jahren infiziert. 8 tägig völlige Heilung nach 40 Injektionen von Cyanquecksilb Spritze.

2. 35jähriger Mann, 1875 Infektion. 1878 linke H Verlust des Bewufstseins. Merkurialbehandlung. Kontrak zurück. Seit 6 Monaten Gedächtnisstörungen. Inunktio wenig.

3. 57jähriger Mann. 1869 Infektion. 1873 Hemiplegie Trotz Merkur bleiben Kontrakturen zurück. Seit 2 Jahr linken Beines, erschwertes Harnen und Defäkation. Schwi schmerzen. Letztere schwinden nach 28 Injektionen von G Cyanmerkur.

München.

Dr. Joseph Schmidt in Aschaffenbung gibt (*Münchener schrift.* No. 16) einen **Beitrag zur Krebsbehandlung.** Er wasser in der Stärke von 50 mg bis 2 dg auf 1 Liter, je n des anzugreifenden Krebsgebietes, 1 bis 10 und mehr Prava voll sowohl in die Krebsmasse und verdächtigen Lymphdr Umgebung. Der Schmerz der Injektionen sei nicht lange s das folgende Ödem und leichte Röte verschwinden in der Reg Stunden bis mehreren Tagen; bei stärkeren Reizungserscheinungen einige Tage ausgesetzt werden. S. gibt die Krankengesch Fälle, eines ausgedehnten Unterlippenkrebses und eines Epith am rechten innern Angenwinkel, die nach solcher 4 resp licher Behandlung in ihrem Wachstum aufgehalten und s Schwinden gebracht wurden; im Verlaufe der Behandlung re Krebsgeschwüre und vernarbten, verkleinerten sich die Kr wurden allmählich sehr hart, so dafs das Einstofsen der N wurde. S. glaubt, dafs auf diese Weise weiche Krebsform umgewandelt und schliefslich zur Schrumpfung gebracht werd

Nürnberg.

Österreich.

Beitrag zur Therapie des Lupus, von Dr. Franz He (*Wien. med. Presse.* No. 16, 17 und 18.) Da der Lupus er einer zirkumskripten entzündlichen Affektion der Haut und Organe bestehe, so richtet Verfasser sein Hauptbestreben dah zündung zu bekämpfen und 2. die gesetzten Exsudate zur bringen.

In ersterer Hinsicht wendet er kalte Umschläge, bei gröfserer Aus-
itung Einhüllungen in nafskalte Tücher, kalte Bäder, auch kalte adstrin-
ende Mittel (Liq. plumbi acet. bas. 3 auf 150, oder Sublimat 0,15, Aq.
cis 150,0) und innerlich kühlende Getränke an, wobei die entzündlichen
cheinungen bald nachliefsen und auch die ödematösen Knoten schwinden.
bei Komplikation mit inneren Erkrankungen müsse man mit der kalten
andlung vorsichtig sein. Nie soll man zu Ätzmitteln, Stichelungen oder
Schablöffel weder im ersten noch im zweiten Stadium greifen, weil da-
ch nur neue Reizung, Entzündung, Exsudation und Schmerzhaftigkeit
ständen.

Wenn auf die genannte Behandlung die Entzündungserscheinungen
ichen wären, dann gehe man zur 2. Indikation innerlich und äufserlich
r. Innerlich suche man den Nerven-Erethismus durch Bromkali oder
e rationelle Kaltwasserkur zu beruhigen, mangelhafte Verdauung durch
gelung der Diät, Aufenthalt in frischer Luft, Amara, Soda bicarb. etc.
heben und erst nachdem die Verdauung normal geworden, die Blutknese
ch Roborantien, Eisen, Arsen (Pilul. asiat. 1 Pille zu 0,006 acid. arsenic.,
r ℞ Solut. arsenic. Fowl., Tinct. mart. pom. ää. D. S. morgens und abends
Tropfen, oder Roncegno-Wasser morgens und abends 1 Esslöffel voll) zu
bessern.

Äufserlich soll man nach Schwinden der entzündlichen Symptome die
ut. arsenical. Fowleri täglich 1 mal aufpinseln, welche nicht durch Zer-
rung des Gewebes wirke, sondern dasselbe auflockere und so die Resorp-
n herbeiführe. Schon nach einigen Tagen lockere sich das Infiltrat,
nn schrumpfe in weiteren 4—6 Tagen bei Aussetzen der Einpinselung
infiltrierte Gewebe und bedecke sich mit einer nach einigen Tagen
eder abfallenden Borke. Darauf Wiederholung der Prozedur und so oft,
das Infiltrat vollständig geschwunden sei. Die Sol. Fowleri greife die
unde Haut nicht an, mache auch keine Schmerzen und keine häfslichen
rben. Beigegeben ist die Krankengeschichte eines ausgebreiteten
sichtslupus, welcher auf diese Weise in 10 Monaten vollständig geheilt
rde. Für den Lupus vulgaris gelten dieselben therapeutischen Grund-
ze.

Nürnberg. ECKART.

Einen Fall der KAPOSIschen Krankheit, **Xeroderma pigmentosum,**
ellt RIEHL in der Gesellschaft der Ärzte in Wien am 27. April vor (*Wien.*
in. Wochenschr. 1888. No. 5). Es ist eine 61jährige Frau — das älteste
sher beobachtete Individuum —, deren Leiden seit 18 Jahren existiert.
ltern sind gesund gewesen, nur der Grofsvater war auffallend pigmentiert.
ie Schwester und Töchter der Patientin sind gesund. Als Kind hatte sie
chon im Gesicht und an den Armen auffallend viel den Sommersprossen
hnliche Flecke. Diese wurden seit 18 Jahren zahlreicher und dunkler,

zugleich trat eine warzenartige Geschwulst an der Nase au
Dumreicher operiert, recidiviert oft und erfordert öftere
Seit 3—4 Jahren Entstehung von Warzen an andern Stellen
Jetzt bietet die Patientin das gewöhnliche Bild des Xeroder
und zwar im Gesicht, am Hals, von der oberen Brusthälfte
Oberarmmitte, an den Streckseiten der Hände, bedeutend w
Unterschenkeln und Füfsen. Wenige Teleangiektasien im
stark ausgesprochene Atrophie der Haut an Händen und
ebenso Trockenheit der Epidermis. Ulceröses Epitheliom d
Haut und Knorpel zum gröfsten Teil zerstört ist, mehre
grofse Epitheliome an Wangen und Stirn. — R. zählt bis
schreibungen von verschiedenen Autoren. Ätiologie und An
für bisher nicht aufgeklärt. Schon die reichhaltige Syn
davon: Dermatose de Kaposi (Vidal), Xeroderma pigm. (K
pigm. (Geber), Angioma pigm. et atrophicum (Taylor), M
cularis progressiva (Pick), Liodermia cum melanosi et
(Neisser).

Eine angeborene Anomalie in der Struktur der Ha
sprengte Epithelkeime, die „erratischen Blöcke", um Hesch
Wort zu citieren, Ref.) gibt den Anstofs für die später so
änderungen. Nach R. ist der Ausgangspunkt der Epitheli
ihre Struktur nicht die gewöhnliche; teils Epithelialkarzinome
sarkome werden beobachtet. Da der Name Xeroderma pigm. e
Symptom hervorhebt, ist R. für Vidals Vorschlag, womit
seine Spezialkollegen sicherlich nur einverstanden erklären k

In der Diskussion bemerkt Kaposi, dafs der älteste
ein 18—20jähriger Bursche war. K. hat jetzt ein Mädc
Klinik, die seit ihrem 12. Jahre dieses Leiden hat. K. b
Wesentliche die fortschreitende Melanose ist, nicht die P
Er hat als erster darauf aufmerksam gemacht, dafs die ar
mäler im Laufe der Zeit sich verändern, aber langsam. Bei
K.s vor 3 Jahren kaum Andeutungen; heute fehlt die linl
K. hat ca. 30 Karzinome bei dieser Patientin ausgelöffelt,
bis erbsengrofse. — Von der gewöhnlichen Melanose ist dieser
verschieden. — Diese Pigmentationen kommen auch an
nicht ausgesetzten Stellen, gleich den Sommersprossen, vor.

Einen Fall derselben Krankheit stellt Kaposi in der folg
der Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 4. Mai vor. E
Prognose und Therapie. In dem frühzeitigen Auftreten
liegt das ungünstige Moment der Prognose. Unter 9 Fälle
letalem Ausgang gesehen. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1888. N

Über den **antiseptischen Wert des Jodoforms u**
H. Sattler (Prag) einen wertvollen Aufsatz geliefert, der
der bez. Arbeiten, eine Entgegnung der Heyn- und Roosing

nd eigne Untersuchungen enthält. Des näheren verweisen wir aufs riginal. Jodol steht an antiseptischer Wirksamkeit dem Jodoform nicht ach, reizt aber, auf Wunden gestreut, diese etwss. Jodolvaseline verdient ber entschieden den Vorzug vor Jodoformvaseline. (*Prager med. Wochenchrift.* 1887. No. 31—33.)

Zur Therapie des Trippers, von N. Ledetsch. (*Prager med. Wochenchrift.* 1887. No. 32.) Mehrere chron. Fälle hat L. in wenigen Tagen „zu einem Erstaunen" von folgender Injektion heilen sehen:

Chin. bisulf.	1,0
Glycer.	25,0
Aq. dest.	75,0

Anfangs 3 mal, dann 2 und 1 mal zu injizieren. — Einzige Unannehmlichkeit leichtes Brennen. — Von einer Untersuchung auf Gonokokken ist nichts erwähnt.

G. Hoffmann (Bärringen, Böhmen) veröffentlicht (*Prager med. Wochenschrift.* 1888. No. 12) einen interessanten Fall, wo eine Hebamme infolge Sammelns von Blüten der Arnica montana ein derart geschwollenes Gesicht bekam, dafs H. anfangs dieses **Erythema toxicum** für Erysipelas faciei hielt.

Ulcera venerea auriculae hat Prof. Böke (Budapest) bei einem an chron. Otorrhöe leidenden Patienten beobachtet der wegen papulösen Syphilids transferiert wurde. Heilung durch antiluetische Behandlung. Ekzema auriculae hat B. auffallend häufiger bei Weibern beobachtet (64,2 %). — 4 luetische Ohrerkrankungen, 3 davon katarrhalische, 1 mal purulente Erkrankung der Trommelhöhle. (Szenes Bericht im *Archiv für Ohrenheilkunde.* XXVI. 2.)

Über Beriberi, von R. Weintraub. (Schlufs zum Referat in No. 6 der *Monatsh. f. pr. Derm.*) (*Wien. med. Wochenschr.* 1887. No. 41—44.) Diagnose leicht bei angesprochenen Fällen. Im Stadium prodromorum schwer: wo B. endemisch ist, machen event. die subjektiven Symptome den Arzt aufmerksam. Herzbefund wegen des Fehlens von Herzgeräuschen sehr inkonstant; es sind dieselben nicht mit Vitium cordis zu verwechseln; die Ödeme von den bei Nieren-, Herz- und Leberkrankheiten beobachteten zu unterscheiden, da nur Herzhypertrophie vorhanden und die Leber fast immer normal befunden wird. Im Harn kein Eiweifs (seltener sind Spuren desselben vorhanden); keine Nierencylinder. — Die Parese oder Paralyse vervollständigt das Krankheitsbild.

Die Prognose ist zweifelhaft; in den akuten Fällen aber stets infaust. Recidive sind übrigens sehr häufig.

Bei der Beriberi-Therapie erwähnt Verf. als das wichtigste die Entfernung des Patienten aus dem Sitze des Infektionsherdes, besonders nach Gebirgsgegenden. Schliefslich geht Verf. ausführlich auf prophylaktische

Maſsregeln, besonders bez. des Militärs, ein. Prof. Pekelhar der holländischen Regierung bez. bakteriologischer Untersuc Ostindien geschickt worden.

München.

Frankreich.

Doyen (Reims) hält die **Mikroorganismen des Erysipe Puerperalfiebers** für identisch. Seine Schlüsse sind folgende:

1. Der Streptococcus puerperalis, der charakteristische Puerperalfiebers, gibt fast stets beim Kaninchen Erisypel und Abscefs, bei der Frau bisweilen Erisypel, Phlegnomen, purulent

2. Der Streptokokkus des Erisypels gibt fast immer E Kaninchen, und bisweilen auch Phlegmone oder Peritonitis be

3. Der Streptokokkus des Eiters gibt manchmal E Kaninchen.

Diese drei auf ihren Kulturen identischen Streptokokken ein und dasselbe Wesen zu repräsentieren, dessen Erscheinung können. Das Studium der Bacillen der Vagina hat mir niema tokokkus gezeigt; dieser Bacillus scheint immer erst in das durch besondere Inokulation (die Hände, Instrumente etc.) sein. (*Prov. méd.* 17. März 1888.)

Audry stellt in der Sitzung der Soc. des sc. méd. zu 22. Februar 1888 einen Kranken mit **Glosso-Stomatitis mer** April v. J. Schanker, August antiluetische Behandlung. Oktob Injektionen (welches Salz, nicht angegeben) in den rechten G fang November schien Exacerbation der Symptome einzutreten

Augagneur hält diesen Fall für beweisend für den W Wirksamkeit der Injektion in der Syphilis. Er ist für Merkur man Heilung bei Syphilis erzielen will.

Aubert kommt von der früher geübten Injektionstherapie Nur bei gewissen tertiären Formen kann man darauf rekurrier

Audry zeigt die Präparate dieses Patienten, der die Glo mercurialis gehabt und gestorben war, in der Soc. des scie Lyon am 14. März 1888 vor. Am Unterkiefer totale Nekrose d randes, auf dem Dickdarm zahlreiche Ulcerationen dysenteri Keine Peritonitis, sonst auch nichts Eigentümliches. (*Prov. mé* 1888.)

---

[1] Inzwischen sind die histologischen und bakteriologis suchungen Prof. P.s erschienen.

Devic. **Über Lungensyphilis.** (*Prov. méd.* 1887. No. 49.) Trotz ieler, seit 50 Jahren erschienener Arbeiten ist Lungensyphilis am wenigsten on den Erscheinungen der visceralen Lues gekannt. Astrucs, Hunters nd Lemonniers bezügliche Arbeiten sind irrtümlich für detaillierte Schilerungen der Lungensyphilis gehalten worden; sie haben die einfachsten ungenaffektionen bei früher syphilitisch Gewesenen hierher gerechnet. uch fehlen methodische Untersuchungen und Sektionsbefunde. Peter ancks, Sauvages und Horns Schriften gehören eben dahin, trotzdem sie on völligen Heilungen infolge merkurieller Therapie berichten. Laennec nd Andral haben daher diesen alten Beobachtungen der „Phtisie vénéienne" wenig Glauben beigemessen. Sie haben die Lues als eine schwächende ffektion angesehen, die der Entwickelung der Tuberkulose einfach ein ünstiges Feld vorbereitet.

Ricord zuerst spricht von syphilitischen Läsionen, die er durch Sektion rhärtet. Er braucht den Ausdruck: syphilitische Tuberkel, anstatt Gumma, . B. bei einem Fall, wo neben Gummen des Herzens Gummen der Lungen aren. R. sagt hierbei wörtlich (*Gaz. des hôp.* T. VII.): „Welcher Ursache, enn nicht der Syphilis, könnte man diese organischen Degenerationen zuchreiben, da keine einzige hereditäre Belastung für Phthise nachzuweisen ar?"

Depauls Mémoire (1853) über die Syphilis der Lunge des Neugeborenen st von fundamentaler Wichtigkeit. Während der nächsten 10 Jahre wurden nehrere Fälle von vorgeschrittener Tuberkulose, die mit Jodkali geheilt wurden, veröffentlicht. (Vidal de Cassis, de Gibert, de Lagneau, de Cazenave.) Die Syph. pulm. erschien damals so wohlbegründet, dafs Vidal de Cassis in seinem *Traité des mal. vénér.* (1853) schrieb: „Man hat oft sogenannte Tuberkulöse in Ermangelung einer antisyphilitischen Behandlung umkommen lassen."

Virchows (1860) autoritatives Werk über Geschwülste enthält die Worte: „Öfter als man glaubt, können die Lungen von syphilitischem Gift affiziert sein. Viel schieferfarbene, kallöse Narben, viel käsige Indurationen würden nicht von geheilten Tuberkeln herrühren." Cornils Sektionsbefund über tertiäre Affektionen der Lunge (1862. *Bull. de la Soc. anat.*), der jeden Zweifel auszuschliefsen schien, ist überall seither citiert. Grisolle (*Traité de path. int.*) vermifst charakteristische Symptome der Syph. pulm. und hält die Läsionen anatomisch für schlecht definiert. Nach dem Verf. erscheint Grisolle „mal disposé à l'égard de la syphilis pulmonaire." Die bis dahin seltenen Publikationen der Deutschen und Engländer werden jetzt häufiger in den Journalen. Einige behandeln nur die patholog. Anatomie; die meisten wollen die Heilbarkeit der syph. Phthise, die sie alle ohne Widerrede zugeben, beweisen.

Für die wichtigsten Arbeiten der letzten 15 Jahre hält Verf. die französischen. Besonders drei Autoren, die allerdings nach verschiedenen Seiten sich entscheiden. Lancereaux und Fournier adoptieren nicht blofs die

Syphilis der Lungen, sondern fürchten nicht zu versichern, d
Mehrzahl der Fälle diagnostiziert werden kann
Cornil dagegen verhält sich sehr reserviert.

Die Arbeit von Pankritius (1881 Berlin) hält Verf. für
enthält eine grofse Anzahl — allerdings meist streitiger — F
Von den französischen Dissertationen citiert er die Lagneaus
drieuxs (1872), Belins (1879), Carliers (1882). Letztere, u
pizien Fourniers bearbeitet, enthält eine kurze Tabelle über
tungen mit 30 Sektionsbefunden. Wichtige pathologisch-a
funde bringt Gouguenheim (1879), de Cuffer (1874), de Mau

Um Klarheit in die sich oft ganz widersprechenden Mi
Autoren zu bringen, empfiehlt es sich die Syph. pulm. des
und des Erwachsenen zu unterscheiden.

Syphilis des Neugeborenen.

W. Munk (*Lond. med. Gaz.* 1841) und Graves erwähn
artige Fälle. Depaul aber hat erst das Verdienst, hierüb
Kenntnisse gegeben zu haben.

Man beschreibt jetzt zwei Arten: Pneumonische oder
monische Affektionen und Knoten ähnlich den Gummen der

Erstere, zuerst von Devergie beschrieben, bestehen in
von speckartiger Verhärtung, der die Mitte zwischen Scirrhu
wöhnlichen Weichheit des Lungengewebes Neugeborener hält

Robin und Lorain (1855) haben diesen Zustand Epith
(1862) syphilitische Infiltration, Virchow weifse Hepatisati
Pneunonie genannt. Ranvier (*Gaz. méd.* 1864) beschreibt sie
Lungen füllen die ganze Thoraxhöhle aus, der Eindruck der
ihnen sichtbar; die Oberfläche sieht gleich luftgefüllten Lung
ist sie bleicher; dichter als Wasser, krepitieren sie nicht mehr
Partien leisten Widerstand und schneiden sich gut; die
Schnittes ist eben, glatt, glänzend, fleischfarben, mit weifsen
oder weniger zahlreich marmoriert; man sieht hier und
Massen, geschieden durch verdickte interlobuläre Septa, von
des Lebergewebes, Bronchien und Gefäfse sind durch Kompre
Mikroskopisch findet man die Alveolen eingezogen oder vere
mäfsig; das interalveoläre Bindegewebe ist durch Kerne od
Zellen, die mehr oder weniger atrophiert oder auf dem Weg
morphose sind, verdickt; die Bronchialdrüsen sind rötlich od

Parrot (*Progr. méd.* 1878) ging weiter und unterschie
nachdem die Kinder einige Monate gelebt hatten oder tot
Bei Totgeborenen sind die Lungen fester als Wasser, fester
Lungen des Fötus; die Härte ist eine allgemeine, die äufse
oder rötlich marmoriert, Aufblasen ist unmöglich, die Drüsen
intakt; man findet keine Spur von Eiter; beim Durchschnei
Gewebe Widerstand, die interalveolären Septa sind verdickt, mit

en infiltriert; die Alveolen sind mit sehr zahlreichen Epithelzellen voll-opft, die nach Robin cylindrisch zu sein scheinen. — Haben die Kinder eits einige Zeit geatmet, so sind die Läsionen mehr in den Lobulis lisiert; es ist schwer, sie dann von denen der gewöhnlichen Broncho-umonie zu unterscheiden. Indessen die Bronchopneumonie ist oberfläch-, selten tief, sitzt in den abhängigen Teilen der Lunge, bildet oft nur vertikales Band von 1—2 cm Breite und 3—4 mm Dicke. In ihrem eau springen die Lobuli pulm. sehr deutlich auf der Schnittfläche, von nder getrennt und haben eine Härte und Dichtigkeit, die die der ge-nlichen Pneumonie überragt. Die Färbung ist nicht dunkelblau, sondern mon-rosenrot oder grauweifs. Selbst nach einer energischen Aufblasung die Lunge auf den Boden des Wassers; die Bronchialdrüsen sind nicht ändert. (Wird fortgesetzt.)

Augagneur. **Syphilis und Diabetes.** (*Prov. méd.* 1888. No. 5.) primäre Affektion scheint am meisten durch den Diabetes beeinflufst. naud, Cusco, Labbé, Hamonic, de Tournery und Verfasser haben beson-s schwere Formen, gangränöse und phagadänische, des Ulcus durum bei betikern beobachtet. Labbés Patient bot eine Geschwürsfläche der Art , dafs L. zuerst die Diagnose auf Karzinom des Penis, später auf Gumma Penis machte. Die Urinuntersuchung (3,1 % Zucker) und das Erschei-n der sekundären Symptome klärten erst die Diagnose. Grofse Ausdehnung, igung zur Gangrän und zu Phagedänismus sehen wir beim Ulcus durum r Diabetiker. Dabei wenig Neigung zur Vernarbung, besonders wenn ht lokale Behandlung hinzutritt. In des Verfassers Fall hat nach zwei-natlichem Bestand erst der Galvanokauter die Wunde zur Heilung ge-acht. Labbé und Tournery nahmen in gleichen Fällen das Glüheisen. afs diese Läsionen oft tiefe, störende Narben zurücklassen, sieht man an abbés Patienten, dessen Narbe die Erektion behinderte (Glans den Pubes nähert, Penis konkav nach oben).

Geringer sind unsre Kenntnisse über die Syphilis der Diabetiker in r sekundären Periode. Bei A.s Fall erschienen die sekundären Symptome r gewöhnlichen Zeit und mit Rücksicht auf die unregelmäfsige Lebens-eise des Patienten (Säufer, Don Juan, stets auf Reisen, fast jede Behand-ng refusierend) sehr gemildert. Drei Jahre nach Beginn der Lues Tod an angrän. Phlegmone des Armes.

Dafs die sekundären Symptome frühzeitig kämen (Arnaud), beruht auf iner irrigen Folgerung bez. der Fälle Labbés und Tillaux's; sie rechneten en Beginn der Lues erst vom Monat, wo der Schanker eine gangränöse Form annahm. Betreff der tertiären Erscheinungen fehlen uns auch präzise Beobachtungen.

Die gangränösen Schanker liegen zumeist an den vom Urin leicht be-spülten Partien der Genitalien, wo Balanitis mit Phimosis und bei der Frau Pruritus und Ekzema vulvae beobachtet werden. Der zuckerhaltige Urin, auf dem das alkoholische Ferment, der Saccharomycetes cerevisiae sich ent-

wickelt, ist die Ursache der Schleimhauterosionen, die stets werden. Der Kontakt des Urins genügt also, um d Läsionen eine entzündliche, ulceröse und gangränöse Form Bei andern Fällen ist Unsauberkeit, Mangel an hygieinisch Ursache.

Doch für alle Fälle reichen diese Erklärungen nicht au man die spezielle Beschaffenheit der Haut der Diabetiker (sp oder Gangrän infolge von Traumen) dafür verantwortlich Zucker wird bei den Diabetikern durch die Haut elimi Schweifsdrüsen schlecht funktionieren, der Patient herunte häuft sich der Zucker in der Haut an, man sieht Diabetide Die Haut ist durch den von innen bei den Diabetikern kom ebenso lädiert, wie sie es von aufsen bei den Zuckerbäckern digitorum (Poncet) bekommen, oder bei den Zuckersiedern der Waden (A. Broca, Remy) haben.

An der Haut werden Schanker und Syphiliden dahe kompliziert sein, denn es mufs schon ein schwerer Diabetes Zucker in der Haut reichlich vorhanden ist. Wo soge Schanker" (d. h. an den vom Urin bespülten Teilen) war Patienten 5—8 g pro Liter. Die Kranken mit gangränösen Haut hatten 31 g (Labbé), 50 g (de Tornery) im Liter Urin ist also durch den Diabetes nur in ihren lokalen Erscheinun fermentierenden Zucker modifiziert. Die Syphilis ist wie ein flufst. Die Syphilis erodiert, der Diabetes ulceriert

Die Erklärung, warum der Diabetes manchmal währe der Syphilis verschwindet, erübrigt noch. Die Zahl der hi Beobachtungen ist nach A. zu gering und wenig beweiskrä betes hat wohl meist infolge der gegen ihn gerichteten Beh hört, was um so wahrscheinlicher, als die Mehrzahl der syp betiker wenig schwerere Fälle darbietet: 6—12 g pro Liter

Zum Schlufs die zweite Hypothese. Die Erscheinun während der Syphilis hat zu der Frage geführt: Ist die Sy Ursachen des Diabetes?

Wenig Beobachtungen, wenig Arbeiten (Dissertationen v Paris 1876, Scheinmann, Berlin 1883) darüber.

Temporärer Zuckerharn ist bei allen Verletzungen d beobachtet worden. Redard hat auf dem Chirurgen-Kongr Untersuchungen darüber berichtet. Schiff hat die Vena Hunde unterbunden und Sphacches des ganzen Hinterfufses

Unter dem Einfluls der Resorption der putriden Prod Zuckerharn. In diese Kategorie scheinen einige Beobachtun

Im Verlaufe einer Syph. cerebralis kann Glykosurie e Neubildungen auf dem Boden des vierten Ventrikels drücke

Nach Scheinmann existieren in der Litteratur 10 Fä

schem Diabetes durch Dyskrasie — alle wenig beweisend. Manchmal ndelt es sich um temporäre Glykosurie, wie in Dubs Fall, wo ein 42jähr. nn mit Diabetes, im Besitze einer intensiven Syphilis seit unbekannt wie ge, sowohl vom Diabetes als der Syphilis geheilt wurde. In allen andern len lag wahrscheinlich Syph. cerebr. vor. So citiert Dub den Fall einer ährigen syphilitischen Diabetikerin, die eine Facial-Paralyse hatte; GEN einen 45jährigen Mann mit persistierender Cephalalgie, Exostose Tibia und Ekthyma. Servanties reklamiert seinen 30jährigen Diabetiker n Moissenets Station) auch für Syphilis. Aber der Patient hatte als d einen Sturz auf den Kopf erlitten und hatte eine Exostose in der io frontoparietalis. Bei ihm verschwand übrigens nicht der Diabetes.

Die Syphilis bestimmt den Diabetes nur durch die lokale Einwirkung gewisse Erscheinungsformen ebenso wie der Diabetes die Syphilis nur ch lokale Einwirkung eines Irritans, des Zuckers, dor sich über die hilitischen Ulcerationen verbreitet, schwerer macht.[1]

Pierret wendet die Aufmerksamkeit der Gesellschaft (Soc. nat. de d. de Lyon. 21. November 1887) auf folgende in manchen Werken nicht ücksichtigte Thatsache. Wenn Hirn oder Rückenmark der Sitz von ektionen, z. B. syphilitischer Läsionen ist, bleibt nach der Heilung eine rbe, die ohne neue Läsionen, einfach unter eigentümlichen Einflüssen, e selben Symptome erzeugt, wie die Affektion selbst.

Narben und nicht Sklerosen will P. diese Residuen genannt wissen, nicht Konfusion anzurichten. Manche Kranke, die nach einer Kur für eilt angesehen worden, können nervöse Symptome bieten, die nicht mer Aufmerksamkeit erregen, aber plötzlich unter verschiedenen Einssen denselben Zustand zeigen, wie während ihrer Behandlung: Lähmungen, rvöse Symptome etc.

Die Untersuchung des Gehirns bietet zu dieser Zeit keine Erklärung für. Keine wiedere rschienene Läsion, keine Kongestion, keine Entzündung, ine Encephalitis. Es ist, wie P. sich ausdrückt, eine „lésion inerte."

P. citiert den Fall eines Malum Pottii (Dissertation von Michaud), das t Pointes de Feu etc. behandelt und für geheilt angesehen wurde, da es ine wesentlichen Symptome mehr darbot. Nach 2 Jahren dieselben Symme wie früher: Bewegungsstörungen etc. Sektion: alte bilaterale Sklerose r Seitenstränge.

So kann es Gehirnsklerosen ohne Symptome geben. Daher Brown-Séquards Zweifel bez. der Hirnlokalisation. Unter dem Einflusse einzelner ittel, Opium z. B., können diese Symptome erscheinen.

P. citiert einige hierher gehörige Fälle, meist syphilitischen Ursprungs.

---

[1] In der neuesten Publikation aus Fourniers Abteilung von H. Vaguez etont F. 1. die quasi-foudroyante Raschheit der Entwickelung der Genitalangrän der Diabetiker und 2. die Mehrzahl gangränöser Affektionen in urzen Zwischenräumen. (*Ann. de derm. et. syph.* 1887. No. 7.)

Man hätte an die Bildung neuer Syphilome, die sich an d
Vorgänger gebildet hätten, glauben können. Das sind aber
Spezifische Behandlung gibt kein Resultat. Kali brom. ist

Diday erwähnt mehrere gleiche Fälle aus seiner Praxi
Kali brom.

Rollet hält die Syphilome der Nervencentra für die
heilbaren. Aber es bleiben Narben zurück, die nichts Spe
und die früheren Symptome entstehen lassen. Merkur und
Effekt; Bromkalium allein ist nötig.

Pierret: Die Narbe ist nach der Heilung durch spe
lung zu bekämpfen. Die Permeabilität der Nervenröhre
herbeigeführt werden. Debove bedient sich hierfür eines M

Nach der spezifischen Behandlung Kali brom. (*Prov. méd*

S. Clado. **Étude sur une bactérie septique de l**
fasser hat bei Cystitis einen bisher noch nicht beschriebene
der, in das Bindegewebe oder das Peritoneum der Maus ein
wirkt. Er wirkt rascher, als die meisten andern Mikroorg
die Gestalt, die Sporen, die Züchtung, die Widerstandsfähi
hohen Temperaturen cfr. das Original. (*Gaz. méd. de Paris*

Mit **Kokain** sehr vorsichtig zu sein rät Laborde.
einem Kollegen, dem ein Zahnarzt vor einer Zahnextraktion
Coc. mur. unter die Mucosa des Zahnfleisches applizierte (de
nicht klar, ob subkutan). Schwere Ohnmacht, Präkordia
trotz Excitantien mehrere Stunden anhaltend. (*Soc. de biol*
1887.)

L. Meurer. **Die Syphilismikrobie.** (*Prov. méd.*
Ein mit grofser Litteraturkenntnis geschriebener Aufsatz.
des Lostorferschen Fundes ist dem Verf. entgangen.
Ansicht, dafs das „animal réactif" der Syphilis noch zu find

München.

Rufsland.

M. Baracz. **Ein Fall von Übertragung der Aktin**
Menschen auf den Menschen. Der erste Fall betrifft ein
(kariöse Zähne, beschränkte Bewegungen des Unterkiefers,
Abscefs an der Aufsenfläche des Unterkiefers links). De
eröffnet und mit 5 % Karbol ausgespült. Im Eiter zahlreic
des Strahlenpilzes. Rasche Heilung.

Einige Monate später erkrankte auch die Braut des K
nomykosis des Unterkiefers unter ähnlichen Symptomen.

Falle rasche Heilung. Sehr wahrscheinlich ist die Kranke beim Küssen angesteckt worden. (*Przeglad Lekarski.* 1886. No. 14.)

Elsenberg. **Ein Fall von Ekzem, kompliziert mit Septikämie.** Durch unmäfsige Einreibung von Ung. cinereum wegen Epididymitis gonorr. entstand beim betreffenden Kranken starkes nässendes Ekzem an der Haut des Bauches, des Hodensackes, der inneren Schenkelflächen, des Gesäfses, der Lenden. Hochgradige Schmerzen, Schlaflosigkeit. 25. Nov. Therapie: Ung. diachyli, innerlich 1,50 Chloral täglich.

3. Dezember. Vereiterung einer Leistendrüse. Inzision.

8. Dezember. Die Wunde granuliert gut. Am Abend plötzlich Temperatursteigerung bis 40,5 ° C.

In der Subskapular- und Axillarregion rechts stark gedämpfter Perkussionsschall und geschwächtes Atmen. Milzvergröfserung.

13. Dezember. Tod.

Obduktion: Rechtsseitige Pleuritis purulenta. Herzmuskel blafs, leicht zerreifsbar. (Hochgradige parenchymatöse Trübung.) Starke parenchymatöse Trübung der Leber und der Nieren. In der rechten Leiste rein granulierende Wundhöhle. Im Pleuraexsudat Staphylococcus p. albus in grofser Menge. (*Gazeta Lekarska.* 1888. No. 13.)

Warschau. Funk.

Skandinavien.

Aufser den von Haslund und von Nielsen publizierten Fällen von **Sklerodaktylie** hat Kjør (*Hospitalstidende.* Bd. 5. pag. 529) einen Fall beobachtet bei einem 29jährigen Manne. Die Krankheit hatte sich seit ca. 20 Jahren entwickelt als eine progressive Atrophie, wahrscheinlich trophoneurotischen Ursprungs, welche die Haut der Finger und teilweise der Hände einnahm, mit Nekrose der äufsersten Fingerphalangen.

Runeberg hat (*Finska läkaresellsk. förhandl.* 1887. pag. 354) einen Fall von **Sclerema adultorum** veröffentlicht, bei einem Mädchen von 17 Jahren beobachtet. Sie war sonst gesund, und die Affektion zeigte sich zum erstenmal vor einem Jahre als abgestumpftes Gefühl der linken Hand und zunehmende Härte und Röte der Haut derselben Hand. Jetzt ist die Haut besonders auf der Dorsalfläche ganz geschrumpft, weifs, glänzend, leicht verwundbar. Die Finger sind in halber Flexion festgehalten. Die rechte Hand, grofse Partien der Extremitäten, die Glutäalgegenden sind mit einer glatten, festen, gespannten Haut bekleidet, die wie angelötet sich nicht halten läfst.

Melmsten (*Hygea.* 1887. pag. 315) hat einen Fall von **Spondylitis cervicalis** auf syphilitischem Boden bei einem 28jährigen Kunstreiter

gesehen. Er hatte Schmerzen bei Kopfbewegungen und eine ul Ulceration auf der hinteren Pharynxwand, durch welche mehrmals Splitter und eine gröfsere knöcherne Lamelle ausgenommen wurden. antiluetische Behandlung wurde die Ulceration zuletzt geheilt, un Bewegungen des Kopfes blieben unverletzt.

H. Hiorth hat (*Norsk Magazin for Logeridenskab.* 1888. No. 2 seine Untersuchungen über die **Verbreitung des Favus in Norw** fortgesetzt und seine Resultate besonders auf die Prozentzahl der Favus bei der Konskription kassierten Wehrpflichtigen gestützt. Untersuchung hat ganz interessante Ergebnisse hervorgebracht. So w in Christiania, wo Verf. von 4015 Schulkindern 62 favuskranke gefu hat, von 5200 Rekruten nur 6 wegen Favus kassiert. Dieses schei zeigen, dafs die Krankheit eine Neigung zur spontanen oder wenigsten Heilung während der Pubertätsperiode habe. Die Krankheit ist in Städten seltener (0,18 %) als auf dem Lande (0,50 %) und schv ziemlich bedeutend, indem die ärmeren Thäler und die nördlichen Fisch gegenden viel stärker behaftet sind. Die Ursache ist in der schlech persönlichen Hygieine zu suchen, besonders ist das Zusammenwohnen den Haustieren daselbst ziemlich häufig, wie auch die Gewohnheit, in Kopfbedeckung zu tragen.

Durchschnittlich steht doch Norwegen mit 0,4 % Favuskranken gut im Vergleich mit den meisten europäischen Ländern, wenn auch zelne Lokalitäten, wie Hallingsdal mit 90 pro mille und Gols Herred 150 pro mille so schlechte Verhältnisse zeigen, wie irgendwo.

Kopenhagen. E. Pontoppidan.

Türkei.

Elektrizität bei Tripperrheumatismus, von Fotiadis. (*Gaz. d'Orient.* 1888. No. 12.) 50jähriger Mann, der innerhalb 6 Jahren das mal einen heftigen Tripperrheumatismus (Gelenkrheumatismus?) bekom Ichthyol innerlich und äufserlich bessert nach 5 Tagen das r. T Tarsalgelenk und das Knie. Plötzlich intensive Affektion der Cervikalw unter leichtem Fieber, Bewegung völlig aufgehoben. Elektrische Behand erwies sich von aufserordentlichem Erfolge, auch nach der ersten Sit schon auf die Beweglichkeit des Halses. 24 Sitzungen in 36 Tagen. wird beweglicher, als innerhalb der letzten 6 Jahre.

München. Pauly.

Aus der Praxis.

**No. 24. Hat die sehr lange Anwendung des Zinkleims Bedeu-
g wegen etwaiger Zinkvergiftung?**

Dr. V. in W.

So wenig, wie bisher von unausgesetzter Anwendung der Zinksalbe auf
lse Strecken, selbst bei Kindern, irgend welche Symptome der Zink-
giftung von Dermatologen beobachtet sind, sowenig habe ich dergleichen
st bei sehr langer Anwendung des Zinkleims bemerkt.

Wahrscheinlich wird von der Zinksalbe gar kein Zink resorbiert,
ifs nicht vom Zinkleim. Nach meiner Auffassung wirken die ZnO- und
O-Präparate auf Hautkrankheiten nur günstig durch eine ähnliche
rkung, wie dieselben Metalloxyde sie bei der Firnisbereitung ausüben.

Unna.

No. 25. Ich behandle einen alten Herrn seit einem halben Jahre an
kzem beider Unterschenkel mit Zinkleim. Eine etwa handgrofse Fläche
l nicht heilen, weil Patient, sobald die Heilung ungefähr vollständig ist,
h in der Nacht kratzt und die junge Epidermis aufreifst.

Dr. V. in W.

Ich würde Ihnen raten, statt der Wattierung an dieser Stelle eine
llbinde nach dem Leimen umzulegen, diese noch ein mal oberflächlich
erzuleimen und zu wattieren. Aufserdem wird es ratsam sein, vor der
nleimung dieser Stelle dieselbe mit Teerspiritus einpinseln zu lassen, um
s Jucken herabzusetzen und die Heilung zu beschleunigen.

Unna.

No. 26. Wie entfernt man **gestielte und ungestielte multiple
Warzen,** besonders, wenn sie massenhaft bei kleinen Kindern vorkommen,
o Schneiden und Ätzen seine Unannehmlichkeiten hat?

Dr. K. in M.

Die besten Resultate hat mir die Einwickelung der ganzen befallenen
Partien ohne Aussparung der gesunden Haut mit Salicyl-Kreosot-Pflaster-
null (20:40) gegeben; ähnlich, als wenn die Stellen vom Lupus be-
fallen wären.

Es bezieht sich diese Behandlungsweise besonders auf die ziemlich
akut bei Kindern auftretenden Warzenschwärmen auf dem Handrücken und
dem Gesicht. Übrigens verschwinden dieselben auch spontan zuweilen rasch.

Die Pflaster werden am besten mit Zinkleim angeleimt und über-
wattiert oder an den Händen mit Handschuhen bedeckt. Sollte das Ein-

leimen ganz unthunlich sein, so raten wir Ihnen, einen Ver
entsprechenden Salbe zu machen.

℞ *Acid.. salicylic.* 10,0
Kreosoti Fagi optimi 20,0
Cerae
Adipis qu. S.
ut f. ungt.

No. 27. **Wie beseitigt man Hühneraugen unter der**
die Patienten am Gehen zu verhindern? Das Schneiden ist hi
die mit Heftpflaster befestigten Ringe bleiben nicht an der
Dr.

Die medikamentöse Behandlung der subplantaren L
sehr erleichtert durch eine zweckmäfsige Verbindung des
mit Leim. Umziehen Sie mit einem sehr feinen Borstenpi
dorn sehr genau ringförmig mit Zinkleim, so dafs der R
breit ist, wie der Leichdorn im Durchmesser. Nachdem
ganz angetrocknet ist, schneiden Sie ein Strück des st
Kreosotpflastermulls (Salicyl 40, Kreosot 40) aus, welches
Innere des Leimringes hineinpafst; nun wird das Pflast
äufsere Leimring noch einmal zusammen überleimt und am b
Partie noch einmal in gröfserem Umfange mit Leim bestriche
sie fast angetrocknet ist, durch Anklopfen mit einem Watt
gelegt. Je gröfser die geleimte Fläche, desto geringer der
auf den Leichdorn. Bei Schweifsfüfsen und überhaupt b
legt man, ehe der Leim ganz angetrocknet ist, eine einf
weichen Mullbinde um den betreffenden Teil des Fufses,
ständig fest und wattiert schliefslich, oder man bepinselt die
und einen Teil des angrenzenden Fufses mit Collodium
diese Weise gelingt es, selbst in der Sommerhitze bei sta
Füfsen das Pflaster in seiner Lage zu erhalten. Man
erst, wenn es sich von selbst löst, höchstens ein- bis zweima
entfernt die etwa abgehende salicylierte Hornschicht und
neuen Verband, am besten noch einige Zeit nachdem der
schwunden ist.

Bei der Redaktion eingegangene Littera

Falkenstein. *Zur Lehre von den Anomalien der Haarfä*
jahresschr. f. Dermat. u. Syph. 1888.)
Barduzzi. *Contribuzione allo studio delle dermatosi vaccinic*
Sezione tra i cultori delle science mediche nella R. Aca
critici in Siena. Anno V. 1887.)

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg und Leipzig.
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. R

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 14. 15. Juli 1888.

Zur Pathologie und Therapie des chronischen Trippers.

Von

Dr. Oberländer
in Dresden.

Einleitung. Unter dem obigen Titel sind im vorigen Jahre in der *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis* eine Reihe von Arbeiten und Nachträgen zu denselben von Professor Dr. Neelsen und mir erschienen. In diesem Frühjahre ist außerdem in etwas veränderter Form eine Separatausgabe bei Braumüller in Wien davon veranstaltet worden. —

Die praktische und wissenschaftliche Verwertung des Inhalts derselben macht ein eingehendes Studium zur Bedingung, eine Arbeit, welcher sich nicht jeder zu unterziehen in der Lage und sehr oft auch nicht willens ist. Mit Vergnügen bin ich daher der Aufforderung der Redaktion der *Monatshefte für praktische Dermatologie* nachgekommen: eine Darlegung meiner, in dem vorgenannten Buche niedergelegten Anschauungen und Erfahrungen zu geben.

Wichtigkeit der Urethroskopie. Vor allem lag mir zuerst daran, meinen Lesern die Notwendigkeit des endoskopischen Studiums zu beweisen, — eine Thatsache, die nicht neu ist, welche man aber unter dem fleißigen Suchen nach Gonokokken, was zwar vom wissenschaftlichen Standpunkt sehr achtenswert ist, praktische pathologische und vor allen Dingen therapeutische Resultate bei der chronischen Gonorrhöe aber nicht zutage zu fördern scheint, vollkommen vergessen hat. Daß es zunächst im Prinzipe viel wichtiger ist zu wissen, wie eine chronisch erkrankte Stelle aussieht, als durch bakterielle Studien im Sekrete des Katarrhs zu sich wider-

sprechenden Resultaten über ihre Kontagiosität
darüber kann wohl bei niemandem ein Zweif
Denn man unsersucht doch ebenfalls bei einem
Larynx nicht blofs das Sputum, sondern laryngosk
oft als nötig, man sucht bei einer syphilitischen E
nicht nach Syphilisbacillen, sondern behand
Symptome nach den allgemein bekannten Grundsät
nun auch diese letzteren Beispiele als ganz zutreffe
vielleicht nicht anzusehen sind, so stellen sie doch
Konsequenzen des einschläglichen Gedankens bei
krankungen mit ebenfalls bakteriellen Krankheits
Wenn es also überhaupt möglich ist, sich ei
Einblick in die erkrankte Harnröhre zu ver
mufs es der vornehmste Zweck einer
Therapie sein, dies mit allen Mitteln und a
mögliche Weise zu erreichen zu suchen. D
ist so selbstverständlich, dafs man bereits seit Ja
strebt hat, sich über die Beschaffenheit de
gonorrhoischen Harnröhrenschleimhaut durch Ureth
heit zu verschaffen.

Bisherige ungenügende Erfolge der Urethroskopie.

leicht niemand besser als ich beurteilen, wie viel Fl
auf diese Arbeiten verwendet worden sind; der
haben sie dauernde Erfolge jedoch nicht zu bring
Die meisten von den — Kursisten haben geglaubt,
und gesehen zu haben, in der Praxis, d. h. in der
des Arztes, nimmt sich die Angelegenheit jedoch
aus. Urethroskopie mit den bisherigen Instrument
genügend unter keinen Umständen in wenigen S
bedarf es mehr Zeit. Es ist auch mit meinen
nicht so schnell möglich, alles zu lernen, nur kann
selben Zeit, die man zur Erlernung der Ureth
reflektiertem Licht verwendete, unvergleichlich vieln
Verwendbares und Positives lernen. Es ist bei
Hinsehen einigen meiner Schüler in wenigen Ta
eine vollständig richtige Diagnose zu machen.
nur beiläufig. Die von den bisherigen Endos

ilderten Urethralbefunde waren musterhafte Umschreibungen
n dem, was sie hätten sein sollen. Bei einzelnen ist nicht viel
nterschied von der Beschreibung einer Mondlandschaft. Ich
be eine solche Probe wiedergegeben, sie lautet: „Nahe dem
nde tritt ein sehr breiter, geschlossener Reflexkreis
rvor, an welchem einzelne, punktförmige, greller
änzende, durch dunklere, mattere oder gar nicht
änzende Zwischenräume geschiedene Lichtpunkte
rvorstechen. Innerhalb dieses Reflexkreises findet sich eine
ark dunkelrote Zone, welche eine graurötliche, mehr
atte (wie es scheint, im Übergang in narbenartige Striktur
findliche) unregelmäfsig begrenzte Fläche einschliefst,
ren Zentrum die hammerförmig gestaltete, dunkle, nicht sehr
affende Zentralfigur bildet. An diese letztere schliefst sich im
ken untern Quadranten des Gesichtsfeldes eine braunrote,
eieckige, das Licht nicht reflektierende Figur, deren
asis an den Tubusrand, deren Spitze an das untere Ende des
ammergriffs der Zentralfigur grenzt."

Von allen andern abgesehen, stelle ich nur die Frage: Ist es eine anatomische Beschreibung aus der zweiten Hälfte des). Jahrhunderts?

Leistungsfähigkeit meines Elektroendoskops. Mit meinem Instrumente ist es möglich, auch die geringsten makroskopisch sichtaren Veränderungen auf der Schleimhaut zu erkennen, sobald ie richtige Lichtstellung und Beleuchtungsstärke vorhanden ist, ine Sache, die man in einer Viertelstunde verstehen lernt. — ache der Übung und des Glücks bezüglich des Materials ist es, as Wichtige von dem Unwichtigen unterscheiden zu lernen. Namentlich das letztere ist allerdings beim Anfänger nicht immer orhanden. — Ich erwähne dies um zu beweisen, dafs es jedermann mit meinem Instrumente möglich sein mufs, das was er will zu lernen; ohne seinen Zweck erreicht zu haben, wird niemand, wie bisher bei den andern Methoden, mein Instrument wieder aus der Hand legen.

Ich glaube auch nicht, dafs das Urethroskopieren mit meinem Instrumente in kürzester Zeit sich allgemein verbreiten wird, dazu ist es nicht angethan, nur derjenige Spezialist, der

die Absicht hat, sich mit den Erkrankungen der Har
Blase speziell zu befassen, wird und muſs in Zukunft
damit aneignen. Es ist dies jedoch mehr oder w
Spezialität für sich und wird sich noch mehr dazu
eine Thatsache, die man sich in groſsen Städten, w
eine Anzahl Ärzte gibt, die sich nur mit den Kr
der Harnwege befaſst, schon längst klar gemacht
die sichere Führung des Katheters in schwierigen
fordert eine jahrelange tägliche Übung, die zu erle
nicht möglich ist, aus dem einfachen Grunde, weil er
dazu nicht hat. — Alles dies sind selbstverständliche
aber insgesamt mit zur Erklärung beitragen, warum
Urethroskopieren nur langsam einen gröſsern Wirkun
schaffen kann.

Konstruktion des Elektroendoskops. Der prinzipi
schied der von mir benutzten und von Dr. Nitze
Dresden vor ca. zwölf Jahren zuerst konstruierten
von den bisher gebrauchten ist der, daſs das Licht in
röhre bis an die zu beleuchtende Schleimhautstelle
wird und speziell diese Stelle direkt seitlich bele
Lichtquelle ist dabei abgeblendet. — Man hat also
seitliche Bestrahlung mit Abblendung der Lichtquelle
das diejenige Stellung, welche überhaupt das günstig
dene Beleuchtungsverhältnis darstellt. Irgendwelche
kommende Nachteile sind mit dieser Art und Weis
leuchtung nicht verbunden. Die nähere Beschreibu
strumente ist schon öfter erfolgt.

Was ist der richtige Endzweck der Urethroskopie?
herigen endoskopischen Untersuchungen der Harnrö
alle einen Hauptmangel, sie waren nicht imstande, ih
tungen mit den einschläglichen pathologisch-anatomi
änderungen in Einklang zu bringen, resp. sie ignorierte
zumeist vollkommen. Ohne diese Grundlage haben sol
jedoch keine wissenschaftliche Beweiskraft, und mein
ging vor allem dahin, diesen Kardinalfehler von vor
meinen Arbeiten zu vermeiden. Jede Beobachtung in
röhre muſs mit der Vorstellung der Frage schlieſsen:

thologische Veränderungen sind in dem erkrankten hleimhautstück, welches Du eben gesehen hast, vor- nden? Und nur der, welcher diese Frage genügend beantworten imstande ist, kann und soll that- chlich urethroskopieren, alle andern Bemühungen id wissenschaftlich nicht stichhaltig und nur zur lbsttäuschung geeignet.

Um den Beweis der Richtigkeit der von mir beobachteten hleimhautveränderungen zu liefern, mufste ich an der Leiche schlägliche Befunde finden können. Da es mir an Material l Zeit zu solchen Arbeiten mangelte, hat eine pathologisch-tomische Autorität, Herr Professor Dr. NEELSEN, Prosektor Stadtkrankenhause in Dresden, sich diesen Bemühungen terzogen. Es war mir dies um so angenehmer, weil eine parteiische Persönlichkeit von bewährtem Rufe gewisser- fsen die Kontrolle meiner Arbeiten übernahm. Es war der tur der Sache nach unmöglich, dafs mir derselbe in alle tails folgen konnte, denn einmal ist der betreffende Herr nicht gleich Endoskopiker, andernteils waren die Leichenbefunde ht so reichlich und mannichfaltig, dafs sie alle Phasen der twickelung der einzelnen von mir aufgestellten Spezies präsentieren konnten, und viele urethroskopisch wichtige Vor- mmnisse sind an der Leiche nicht mehr sichtbar. Nach kurzer sprechung der pathologischen Bemerkungen komme ich auf ese Befunde noch einmal speziell zurück.

Pathologie.

Betreffs der pathologischen Verhältnisse im allgemeinen be ich folgendes bemerkt.

Genese der chronischen Gonorrhöe. Die Entstehung der hronisch-gonorrhoischen Urethritis hat man sich folgender- afsen zu denken: Bei der recenten akuten Infektion bildet sich m Orific. ext. fortschreitend eine entzündliche Infiltration der ucosa aus. Dieselbe ist von vornherein nicht ganz gleich- rmig ausgebildet und richtet sich bezüglich ihrer Hartnäckigkeit nd mehr oder weniger akuten Erscheinungen nicht nur nach der weiligen Giftigkeit des Infektionsstoffes (Gonococcus NEISSER —

Pseudo-Gonococcus BOCKHART), sondern vor allen
nach individuellen Dispositionen der infizierten M
fragt sich sehr, ob die Mucosa, auf welche der G
Nährboden fällt, betreffs seiner Spezies (?) nich
maſsgebende ist, d. h. also, daſs der Pseudo-Gon
HART mit einigen Bakterien garniert auf ein
sukkulente Schleimhaut fallend, nicht den schönste
NEISSER zeitigt. Für den Bakteriologen mögen so
ketzerisch klingen, bei — praktischem Lichte b
Standpunkt, der auch einiges für sich hat, ist eine
legung aber recht plausibel und durch die Praxis a
oft bewiesen. Es ist dies übrigens eine Thats
THOMPSON[1] mit etwas andern Worten ebenfalls ver

Mit der letzten Bemerkung will ich gesagt h
Schleimhäute, die von Natur so sukkulent und in
sind, daſs sie viel eher einen Infektionsstoff aufnehm
pflanzen als andre unempfindlichere, und daſs sie
hältnis von vornherein bereits Ausdruck geben. — I
keineswegs immer durch eine erhöhte entzündlic
sondern es kommt ebenso oft vor, daſs die Infektio
an nie sehr stark secernierend aufgetreten (cf. weit
zur chronischen Form der Gonorrhöe von vornherei
ist; Fälle, die dem Praktiker übrigens tagtägl
können.

Um meine Beschreibungen anschaulicher zu m
zeigen, was man überhaupt mit dem Elektroendosko
habe ich von 4 Hauptarten schematische Bild
druck anfertigen lassen und weitere 4 Bilde
Spezies nach der Behandlung mit Dilatati
selben erleichtern ungemein das Verständnis und s
schematisch gehalten.

Beteiligung der Mucosa und der Drüsenkörper.
erwähnt, sind die Infiltrationen bei der akuten Inf
wegs gleichförmig verteilt, sondern sie sind an

---

[1] *Strikturen und Fisteln der Harnröhre,* von Sir H. T
setzt von CASPER. S. 73.

nter als an der andren; beim Abheilen werden die dichten ückbleiben und herdförmige Verdickungen in der Mucosa ien. Diese erstrecken sich auf Mucosagewebe als solches und darin enthaltenen Drüsengebilde. Letztere sind normal von rerlei Art 1. kleine traubenförmige Drüsen in der Minder-l, 2. schlauchförmige — Littresche Drüsen genannt — r zahlreich, 3. Morgagnische Krypten, in der Regel 6—10 der p. pendula, die vorhergehende Art 12—30 um einen sführungsgang pruppiert, 4. endlich in der p. bulbosa die wperschen Drüsen. Von diesen sind makroskopisch normal r die Morgagnischen Krypten sichtbar. Durch den chronischen tzündungsprozefs werden dieselben unter andern entzündlich pertrophiert und dem Auge sichtbar, und da die Drüsen r dicht gesäet sind, werden sie nach Lage der Sache gruppen-rmig sichtbar sein müssen. Das mit infiltrierte periglanduläre ewebe wird sich ebenfalls in verschiedenen Graden filtriert zeigen können, ebenso wie einmal mehr Mucosa-webe, das andre mal mehr die Drüsenkörper affiziert nd. — Die verschiedenen Arten von Drüsenaffektionen im gemeinen werden auch bei den Harnröhrendrüsen zum Aus-uck kommen, als solche nenne ich die schon erwähnte ent-ndliche Hypertrophie und die follikuläre Drüsen-ntzündung; endlich gibt es noch eine der chronischen onorrhöe eigentümliche Abart, welche in einer hämorrhogischen ingierung der Drüsenausführungsgänge und ihrer mgebung besteht, dieselbe ist an die mehr oder weniger aus-eprägte hypertrophisierende Form gebunden. Der Drüsenaus-hrungsgang zeigt sich alsdann blaurot bis blauschwärzlich ge-rbt, in einzelnen Fällen mit derartigen anscheinend krümeligen lassen ausgefüllt. Die Entstehung dieser keineswegs seltenen Färbung ist folgendermafsen zu erklären: die entzündlichen nfiltrationen sind auf der Höhe ihrer Entwickelung zweifelsohne nit zahlreichen neuen kleinen Gefäfsbildungen durchsetzt. — Durch die natürliche Lokomobilität des Organs, unter andern auch durch die Erektionen, entstehen kleine Verletzungen, und der alsdann restierende Blutfarbstoff gelangt auf natürlichem Wege durch Diffusion an die Oberfläche.

Wie sich aus dem eben gesagten ergibt, findet n
nicht einen plötzlichen Abbruch der Entzündungs- und I
erscheinungen, sondern ein allmähliches Verlaufen de
der Schleimhaut.

Die geringere Dichtigkeit des Entzündungsprozesses
mucosae. Ein andrer Standpunkt, welcher bei der
der einzelnen Entzündungsformen maſsgebend ist, ist
keit und das Stadium der Entzündung, in welch
befindet. Ich unterscheide dabei zwei Entwickelungs
welchen es meinen vorn stehenden Auseinandersetzun
eine Anzahl Übergangsformen geben wird. Die e
entwickelte zeigt die entzündliche Infiltration in
Zustande der kleinkörnigen Infiltration —
mucosae. Die Mucosa ist in solchen Fälle
streckenweise rotsammetig geschwollen und die Längs
strichen, die Schleimhaut wölbt sich mehr oder mind
die Tubusöffnung hinein, ist aber stets nachgiebig,
des Tubusrandes hinterläſst keine weiſsen Flecken, s
selben bleiben rot. An einzelnen Stellen sin
Schwellungen lockerer Natur vorhanden, die leicht u
bluten können. Einzeln finden sich hypertrophisc
öffnungen, aus denen man hie und da ein smegmaart
drücken kann. Ich habe diese Form Urethritis
hypertrophica genannt, dieselbe kommt sehr häu
man kann sie ca. von der 8.—12. Woche post inf
finden sich gewärtigen. Eine zweite Form —
catarrhalis — kommt seltener vor und zeig
Charakteristika: Die Oberfläche der befallenen Schle
zeigt weniger erhabene und geschwollene Beschaffenhe
fleckig rot und bläulich, an einzelnen Stellen, vie
Erbsengröſse und darüber, ist sie deutlich granuliert
glänzend-feucht und deutlich erhabene kleine Papillen
diese Punkte können sehr leicht bluten. — An and
findet sich mehr oder weniger deutlich eine geringe,
Schuppen bestehende Epithelialdesquamation ausgepräg
finden sich in diesen Fällen selten vor. Das Vork
Urethritis muc. catarrh. ist dasselbe wie der vorher be

rt. Von beiden Sorten gibt es nun natürlich Misch- und Über-
ngsformen. Die pathologisch-anatomischen Verhältnisse würden
ch dabei folgendermafsen verhalten: Beiden Arten gemeinsam
t die nicht sehr dichte und noch nicht lange Zeit bestehende
einkörnige Infiltration der Mucosa und auch der Drüsenkörper,
tztere nur nicht in so hervorragendem Mafse. Bei der Urethritis
ucosae hypertrophica hat sich dieselbe mehr gleichförmig aus-
bildet und zu einer weichen Schwellung der gesamten Substanz
führt, während die Urethritis mucosae catarrhalis zunächst diese
einkörnige Infiltration nicht so gleichförmig besitzt. Dieselbe
t zweifellos mehr in den oberen Schichten unter der Epidermis-
ge verbreitet, daher die Epithelialdesquamation und an einzelnen
tellen die Papillarkörperhypertrophie. — In beiden Fällen,
amentlich im letztern, kann sich bei der Heilung die Auf-
augung der entzündlichen Massen leicht und rasch vollziehen,
o dafs eine vollkommene restitutio ad integrum an den
etreffenden Stellen stattfindet.

*Der glandulär-infiltrative Entzündungsprozefs: Urethritis glan-
ularis und Urethritis follicularis.* Die zweite Hauptspezies habe
ch die glandulär-infiltrativen Entzündungsarten genannt. Die
leinkörnige Infiltration ist in diesen Fällen von vornherein
ine anders angelegte, dieselbe verdichtet sich im Laufe
es Bestehens noch weiter und geht entsprechend ihrer
Anlage mehr oder weniger schnell eine bindegewebige
Umwandlung ein. — Darin liegt der Kardinalunterschied der
beiden Hauptarten, und da die Drüsenkörper immer haupt-
ächlich mit beteiligt sein müssen, so liegt in diesem
ervortretenden Symptom ein zweites Charakteristikum, wie ich
s auch in dem Namen angedeutet habe. Wir haben also dann
n solchen Fällen eine mehr oder weniger aus lockeren Binde-
gewebszügen mit reichlichen Rundzelleneinstreuungen bestehende
Masse vor uns, die je nach der Mächtigkeit der Entzündung dick
und dicht ist. Allen Unterarten ist diese Grundlage gemeinsam.
Es kommt alsdann in zweiter Linie, wie schon vorn erwähnt,
die Art und Weise der Drüsenaffektion in Betracht, ist dieselbe
entzündlich hypertrophisch, so nenne ich die Unterart
Urethritis glandularis mit verschiedenen Prädikaten, die ihre

genaue Eigenschaft bezeichnen, handelt es sich um
kuläre Drüsenentzündung, so nenne ich diese Art
follicularis.

Einzelne glanduläre Infiltrationen. Von der Urethrit
unterscheidet man folgende Formen. Man findet häufig ur
einzelne zirkumskripte Herde in fast regelmäfsig
Umfange von ½—1 cm an verschiedenen Stellen de
ur. — Die Schleimhaut ist an solchen Stellen
faltung, glatt, wölbt sich ein wenig in den Tubus, is
die Umgebung und weniger glänzend als normal,
des Herdes, seltener am Rande, finden sich einzelne hy
Drüsenöffnungen, je nach dem Stande der Infiltrati
selben hochrot gefärbt, hämorrhagisch tingiert oder
zirkulären Narbenzügen umgeben. — Dieses Vorko
ich Urethritis glandularis circumscripta. Di
fassen nicht die ganze Zirkumferenz der Harnröhre u
sich nicht tiefer als bis zum Ende der Mucosa.

In der Fläche ausgedehnte oberflächliche glanduläre F
dieses Verhältnis auf eine gröfsere Strecke
ständen auch noch mehr oberflächlich statt, so r
grofse glatte, blafsere Fläche ohne Längsfaltung un
streuten Drüsen, auf derselben wird man ebenfalls
Stande der Entzündung bereits eine teilweise
konstatieren müssen und eine oberflächliche Epithel
Die Narben sind unter Umständen sehr deutlich z
zeigen oft eine ausgeprägte Maschung, die Desqu
Epithels geschieht in kleinen Schüppchen in de
schriebenen Form wie bei der Urethrit. muc. catarrh
diese beschriebene Art dann Urethritis glandul
ficialis oder proliferans nennen. Dieselbe kann
Stellen schon eine merkliche Verengerung des Kalib
röhre verursachen. — Man wird sie selten eher als
nach stattgefundener Infektion finden. Sie verheilt
Zeit persistierenden oberflächlichen Narben, jedenfal
betreffenden Stelle die Schleimhaut nicht immer in
Ausdehnung zu Grunde gegangen.

Bei den im folgenden zu beschreibenden Fälle

ich die Infiltrationen bei weiten mehr in die Tiefe und sind tets dichter und für das befallene Gewebe zumeist immer vererblich, d. h. sie enden stets mit dem Zugrundegehen der Schleimhaut. Derselbe pathologische Prozefs findet sich als hronisch-gonorrhoischer, oder wie man eigentlich sagen sollte: lennorrhoischer, ebenfalls an der Vaginalschleimhaut von Prostituierten und der Uterinschleimhaut vieler andrer infizierter Personen. Katarrhe mit demselben Ausgange werden als Ozaena n der Nase tagtäglich beobachtet.

Tiefgehende granulierte und strikturierende glanduläre Form. Die Infiltrationen können sich nach zwei Richtungen hin steigern. Der erste Fall ist der, dafs es zunächst in der Hauptsache nur eine kleinkörnige Infiltration gibt. Man hat alsdann folgendes Bild als Schulfall vor sich: Umgeben von einer Zone stark geröteter und geschwollener Schleimhaut — erinnernd an Urethrit. muc. hypertrophica — worin häufig hypertrophische Drüsengruppen sich eingestreut finden, zeigt sich eine erhaben höckerige Schleimhaut mit leicht gekörnter Oberfläche, matt glänzend, blässer als die Umgebung, blafsgelbrot bis scharlachrot, je nach ihrem Blutgehalt, Drüsen finden sich in derselben nicht. Ist der Fall vorgeschrittener, so sieht man innerhalb dieser Zone oder in der Umgebung maschenförmige Narben, je nach der Tiefe der Infiltration weiter ins Lumen der Harnröhre vorspringend, unter Umständen versperrt auch einmal eine grofse quere Narbenleiste dem Tubus das Weitervordringen ganz, sie sind graurötlich bis perlmutterfarben je nach ihrem Bindegewebsgehalt. — Innerhalb der Narbenmaschen finden sich alsdann wieder hypertrophische Drüsenkörper. Die Narbenmassen sind noch weich, die körnige erhabene Zone stellt das Akmestadium der kleinkörnigen Infiltration dar und ist eine glasharte, spröde, unnachgiebige Masse, die die Harnröhre in ein starres Rohr verwandelt hat; sie setzt dem Eindringen des Tubus kein ernstliches Hindernis entgegen, sondern reifst ein, so lang und so tief, als die Infiltration reicht, also oft bis ins corpus cavernos. ur. — Diese Unnachgiebigkeit und dieses Einreifsen ist für die Form charakteristisch, es wiederholt sich bei keiner andren. — Das Blut steigt in solchen Fällen im Tubus zumeist sogleich in die

Höhe. — Dieser Spezies habe ich den Namen Ure
glandularis hypertrophica granulans gegeb
Verlauf solcher Entzündungen erstreckt sich auf Jah
Jahresfrist nach erfolgter Infektion kann man ähnlich
nicht zu finden erwarten. In den späteren Stadien fe
oder weniger die granulierte Zone ganz, man findet
Anzahl Narben von entzündeter Mucosa umgeben.

Hochgradig verengende, glanduläre Form. Der and
ist der, dafs in den infiltrierten Partien bei fortsch
Entwickelung von vornherein eine teilweise bindegewe
wandlung und Wucherung stattfindet. Es geschieht die
gleichmäfsig, sondern herdförmig, wie man es am E
der Natur der Erkrankung zufolge nicht anders erwarten k
Bindemittel zwischen diesen Herden findet sich entwe
körnige Infiltration von der Qualität der eben ges
granulierten Zone, oder die erstere ist nicht so dicht un
dann mehr eine Urethritis glandularis circumscripta.
kopisch würde folgende Beschreibung als Schulfall gelte
Umgeben von geröteter und geschwollener, im Glanze
verändeter Schleimhautpartie mit eingestreuten hypertr
Drüsengruppen, beginnt eine ungleichmäfsig mehr ode
flach wellenförmige Erhebung der Schleimhaut, Lä
schon bei der Umgebungszone nicht mehr vorhanden, d
rohr klafft starr auseinander, Oberfläche der Schleimh
blafsrötlich bis graurötlich, hie und da kann sie einen
gelbliche haben. In den Zwischenräumen der flach
ähnlichen Erhebungen sind rundliche oder eckige rötlich
im Niveau tiefer, vorhanden, in denen sich einzeln
trophische Drüsenkörper mit starker Injektionsröte finde
Ist der Fall hochgradig, so endet alsdann das Vordri
Tubus mit einem erhabenen Infiltrationsherd, der das L
Harnröhre absperrt. Man erkennt deutlich seine nä
schaffenheit und welchen Teil der Harnröhre er z. B.
hat. — Da diese Art chronischer Entzündung der Har
der Hauptsache immer eine Striktur im chirurgischen S
Wortes bildet, so habe ich sie Urethritis gla
stringens genannt.

Follikuläre Entzündungsform: Urethritis follicularis. Die zweite Hauptspezies würde als Grund der Erkrankung der Drüsenkörper die follikuläre Entzündung haben. Ihre einzelnen Unterarten finden sich in derselben Reihenfolge wieder wie bei der gewöhnlichen Urethritis glandularis. Man kann dementsprechend zuerst eine Anzahl kleinerer zirkumskripter follikulärer Herde finden, ein Vorkommnis, was auch jedem nicht urethroskopierenden Arzte bekannt ist, da dieselben häufig am Harnrohr von aufsen palpierbar sind. Im Tubus zeigt sich dies als umschriebene erhabene Stelle von Erbsengröfse und darüber, zum Unterschiede von der glandulären Form ohne Drüsenöffnung, und nicht mit geröteter und glänzender, sondern blasser und, was für alle follikulären Formen charakteristisch ist, deutlich trockener Oberfläche. Dies nennt man Urethritis follicularis circumscripta.

Einzelne Follikel. Finden sich solche follikuläre Herde mehrere nebeneinander, so gibt dies urethroskopisch folgendes Bild: eine etwas blässere Schleimhaut mit verstrichener Längsfaltung und geringerem Glanze geht über in eine etwas erhabene, glatte, vollständig trockene Zone von graurötlicher bis gelbbräunlicher Farbe, je nach dem Grundton der individuellen normalen Färbung.

Oberflächliche trockene follikuläre Entzündung. Ist der betreffende Fall noch nicht behandelt, so finden sich hypertrophische Drüsenöffnungen auf diesen Stellen nicht sichtbar, sondern dieselben sind an ihren Ausführungsgängen als „Follikel“ geschlossen. Infolge dessen produziert die Schleimhaut auch hier kein Sekret, daher ihre trockene Beschaffenheit, statt dessen findet stets eine mehr oder weniger starke Epithelproliferation statt. Dieselbe ist in stärker ausgebildeten Fällen so mächtig, dafs sich dicke Schichten einer krümeligschmierigen, gelbbräunlichen Masse dort finden; dieselben lassen sich mit dem Wattetampon leicht abwischen, und darunter findet man die schon beschriebene Beschaffenheit der Mucosaoberfläche. Beim genauern Hinsehen erkennt der auch nicht geübte Endoskopiker eine grofse Anzahl kleiner seichter Vertiefungen: die Stellen der Epithelabschuppung. Die Abschuppungen sistieren nach beginnender Behandlung. Dieser Form habe ich den Namen Urethritis folli-

cularis sicca gegeben. Je nach der Gröfse der
Follikel und der darum sich bildenden perifollikulären
ist die dadurch bedingte Verengerung der Harnröhre.
nicht behandelten Fällen erscheint die Oberfläche gl
affiziert. Während der Behandlung trennt sich alsdann
Infiltrationsherd in einzelne.

Hochgradig strikturierende follikuläre Form. Derartig
grofse Infiltrate sind bei den hochgradigen Fällen
gleich von vornherein vorhanden, bilden wie bei der
glandularis stringens ungleichmäfsig wellenförmige Er
und das Weitervordringen des Tubus endet in der Re
auch damit, dafs ein solches grofses Infiltrat die Har
sperrt (cf. die betr. Stelle). In den Vertiefungen
analog der follikulären Beschaffenheit Desquamation.
erhabeneren Stellen ist dies weniger ausgeprägt. D
Infiltrate nehmen nur einen Teil der Zirkumferenz der
ein. Drücken zwei sich gegenüberliegende aufeinander
allmählich eine Verlötung derselben stattfinden, was in
durch eine schmale Verwachsung geschieht. — Diese A
kann man unter Umständen sogleich mit dem Eind
Tubus trennen. Die einschlagenden pathologischen V
ergeben sich nach dem, was ich über die glanduläre Fo
habe, mehr oder weniger von selbst. Das Stratum
kulären Form ist im allgemeinen überhaupt dic
vielmehr mit bindegewebigen Elementen durch
widersteht auch deswegen dem Eindringen un
der eingeführten Instrumente länger. Entspre
bereits angeführten Nomenklatur führt diese Form de
Urethritis follicularis stringens.

Neben den vielen Recidiven, die schon der N
Erkrankung nach mit dem Verschwinden der In
herde unausbleiblich verknüpft sind, beobachtet m
ordentlich häufig durch das Urethroskop ein direktes
der Entzündungs- resp. Infiltrationserschei
Es soll dies so verstanden werden, dafs nach been
auch während der Behandlung sich genau den vorher
gewesenen Entzündungserscheinungen entsprechend in de

barten und auch nicht direkt anstofsenden Bezirken bilden, die vielleicht vorher vorhanden gewesen sein können, jedenfalls dann aber erst zuage treten. Besonders ist dies mir an der Ur. follic. aufgefallen. Betreffs der urethroskopischen Beschaffenheit der Recidive verweise ich auf das Original. Im übrigen erwähne ich gelegentlich der verhältnismäfsigen Häufigkeit der einzelnen Spezies, dafs die follikuläre Entzündungsform die häufigste zu sein scheint.

Von welcher grofsen Wichtigkeit die rationell betriebene Urethroskopie für die Genese der Harnröhrenstriktur im allgemeinen sein mufs, brauche ich nicht noch hinzuzufügen.

Pathologisch-anatomischer Anhang. Die pathologisch-anatomischen ergänzenden Arbeiten sind in einem Anhange von Professor Dr. NEELSEN unter dem Titel: Über einige histologische Veränderungen in der chronisch entzündeten männlichen Urethra, enthalten. Es sind bisher nur sehr wenig derartige Untersuchungen überhaupt gemacht worden. Auf meine Veranlassung untersuchte Herr Professor NEELSEN 350 Harnröhren von Männern mittleren Alters und fand bei 13 Personen noch bestehende chronische Entzündungen und alte Narben. — Die feineren Unterschiede wie: muköse Schwellung, leichte Epithelproliferation u. s. w., wie sie die lockeren Infiltrationen der Mucosa zeigen mufsten, gehen an der Leiche natürlich verloren, hingegen fanden sich die glandulär-infiltrativen Entzündungsvorgänge, wo die entzündliche Masse schon mehr oder weniger plastisch geworden ist, ebenso die ganz und halb vernarbten Herde an der Leiche sehr deutlich vor. — Ich mufs mich begnügen hier anzuführen, dafs sich die Haupttypen der von mir aufgestellten Entzündungsarten zum Teil sogar aufserordentlich glücklich an dem zu Gebote stehenden Materiale nachweisen liefsen. — Die Befunde werden durch sechs mikroskopische Bilder erläutert.

Therapie und Rückbildung der Entzündungsformen.

Es ist im nachfolgenden ebensowenig wie im vorhergehenden mehr als eine skizzenhafte Darstellung meiner Ansichten und Erfahrungen beabsichtigt. Es gilt dies vor allen Dingen auch von den folgenden therapeutischen Bemerkungen. Man erwarte

also nicht, dafs sich dieselben sofort für jeden als ei
erweisen werden, es gehört zur Beurteilung der He
bei chronischen Erkrankungen der Harnröhre und
allen Dingen auch Erfahrung und eine gewisse Übu
brauche der Instrumente. Ohne eine Lehrzeit kommt
durch. — Der Übersichtlichkeit halber bespreche ich d
Spezies in derselben Reihenfolge wie vorher.

1. Die mukösen Katarrhformen.

Behandlung der mukösen Formen. (Urethritis muc
trophica und catarrhalis.) Wenn man sich die p
anatomischen Verhältnisse vor Augen stellt, so wird
von selbst sagen müssen, dafs gewisse therapeutische
also z. B. Einspritzungen bei chronischen Entzündu
überhaupt nichts nützen können. Das wäre nur dan
wenn man urethroskopisch eine rein muköse E
chronischen Katarrhs konstatiert, wenn also die Epide
und imbibitionsfähig für das betreffende adstringierende
ist. Dasselbe erzeugt an den erkrankten Stellen ei
resp. verschorft oberflächlich, setzt sich auch bei den s
suspendierten Injektionen in kleinen Quantitäten in
faltung ab, dringt eventuell in noch viel kleinern
offenstehende vereinzelte hypertrophische Drüsenöffn
aber Heileffekt mehr zu entwickeln ist es nicht imsta
mehr Erfolg hat man von ätzenden Einspritzungen, a
stein in der entsprechenden Verdünnung und Resorcin z
Letzteres bringt in prompter Weise das Epithel zur
kann aber dabei auch in schwachen Lösungen stark
vielen Fällen ziehe ich vor, sobald ich es nicht mit
geschickten Patienten oder einer durch Instrumente
baren Harnröhre zu thun habe, die Injektionen d
Katheter mit einer ca. 80 g haltenden Spritze in der
Weise der Katheterspülung machen zu lassen. Ma
auch hier noch zu individualisieren. Sobald man
kopisch nur irgendwie in Betracht kommen
trative Vorgänge auch leichtester Natur auf d
zu entdecken vermag, und das ist thatsächlic
lich fast immer der Fall, so dilatiert man

on mir konstruierten, Otis nachgebildeten Dilatationsinstru-enten.

Beschreibung meiner Dilatatorien. Dieselben sind, je nach-em man einen bestimmten Teil der Harnröhre aus-ehnen will, verschieden gebaut. Für die p. pendul. wei: das erste dehnt die ganze p. p., speziell den vordern Teil us und besteht aus zwei sich parallel erweiternden starken tahlfedern, die durch zwei Querstäbe auseinander gehalten erden. Das zweite erweitert nur den hintern Teil der p. p. nd besorgt dies durch Abheben eines beweglichen Armes mit inem Scharnier in seinem untern Viertel. Der bulbus und der intere Teil der Harnröhre wird durch ein gebogenes Scharnier-nstrument exakt erweitert.

Das federnde Instrument ist für den Instrumenten-nacher schwierig herzustellen, und ich habe deswegen ein andres nstrument lediglich zum Dilatieren des vordern Teiles der p. p. konstruiert, welches entsprechend mit einem Scharnier ver-sehen ist.

Die bisher gebrauchten Dilatatorien wurden ohne Gummi-überzüge angewendet; ohne diese sind alle Dilatatorien aber un-brauchbar, weil sich beim Zuschrauben stets Schleimhautfalten mit einklemmen. Bei jedem Gebrauch soll daher der anti-septisch gehaltene Gummiüberzug über das Instrument gezogen werden. Ich beanspruche für diese Methode, d. h. die wissenschaftlich begründete Dilatierungsmethode, die Priorität.

Vorzüge der Dilatationsbehandlung. Es ist hier kaum der Platz, den Dilatationen im Prinzipe das Wort zu reden, indessen kann ich den Punkt ganz mit Stillschweigen nicht übergehen. Die Gegner der Dilatationen sind merkwürdigerweise diejenigen, die sie noch nicht angewendet haben, von denen, die sie bis jetzt rationell verwendeten, hat sich niemand dagegen aus-gesprochen. Dafs litterarische Auslassungen von andrer als meiner Seite in Deutschland noch nicht zutage getreten sind, kommt einfach daher, weil die Sache noch zu neu ist, man hat auch erst zu lernen nötig. Die Verhältnisse sind nicht ganz so ein-fach wie die bisherigen, wo man ein neues Rezept verschrieb,

nach Gonokokken suchte oder ein Salbenbougie mit
Mischung einlegte.

2. Die Therapie bei den glandulär-infiltra
zündungsformen und deren Rückbildu

Wie man sich aus den anatomischen Verhältni
macht haben wird, könnten bei intakter Muco
mentöse Injektionen überhaupt nur bis
gewissen Tiefe (Lapis infernalis und Resorcin) wi
bougierte daher bei den chronischen Entzündungen
um die erkrankten Stellen, von denen man wufste,
dichtungen in der Harnröhre darstellten, zu erweiter
auf den Gedanken der Salbenbougies, und man hat
bequeme Rofs in allen nur möglichen Gangarten je
Tode geritten.

Casper hatte den praktischen Gedanken, dabei
gesetzten Kontinuitätstrennungen das Ätzmittel einzut
über die Notwendigkeit, Kontinuitätstrennun
infiltrierten Stellen zu machen, ist man sic
bis auf einzelne Forscher, einig, die Salbenschm
läfst sich rationell nicht rechtfertigen, auch wenn
mit einer Spritze einspritzt und mit Lanolin machen
das Ätzmittel wirkt eben, wie man sich tagtäglich
Augen überzeugen kann, nur bis in eine bestimmt
eine bestimmte Zeit, auch ist an einer uneingeschrä
nach Lage der Sache gar nichts gelegen, wenn
wirklich zu erzielen möglich wäre. Wenn man a
Trennungen der infiltrierten Partien erziele
etwas andres beabsichtigte man doch überhau
Einführen von Bougies nicht, nur erreichte m
bisherigen Weise nicht, so wird man dies am sc
mit meinen Schraubendilatatorien fertig bri
macht sich nur einen falschen Begriff von dieser
die man für roh, unpraktisch und eingreifend hält,
thatsächlich keine Operation gibt, deren Wi
mehr abstufen könnte. Denn mit dem Bo
man sofort bis zur bestimmten Nummer a

während man mit der Schraube jeden Bruchteil des Millimeters der Ausdehnung leicht und bequem bestimmen kann.

Dilatationsmethode bei den einzelnen Infiltrationsgraden. Bei geringen Infiltrationen ist die natürlich aufserordentlich grofse Elastizität der Harnröhre nur um ein geringes herabgesetzt, und man wird dementsprechend stark erweitern müssen, um die vorhandenen, dann auch in der Regel weichen Verdichtungen zur Spannung und zum Einrifs zu bringen, bei weitverbreiteten und harten Infiltrationen wird man von vornherein vorsichtiger verfahren, weniger weit und vorsichtiger aufzuschrauben beginnen. Dies beurteilen zu lernen, ist fast lediglich Sache der Übung. — Ich empfehle den Herren, welche sich in meinen Sprechstunden instruiert haben, in der Anfangszeit ohne Kokainisierungen zu arbeiten — man kann ja dann stets noch Auswahl treffen —, und der Patient beurteilt das selbst am besten. Bei der Dilatation fühlt derselbe zuerst nur eine langsam zunehmende Spannung, die dann einem mehr oder weniger deutlich hervortretendem stechenden Gefühle Platz macht, mit dem Beginn des stechenden Gefühls hat man zunächst einmal aufzuhören zu schrauben, nach kurzer Zeit, $^1/_2$—1 Minute, ist dieses Gefühl vollständig geschwunden, und man erweitert wieder 1—2 Nummern, das pflegt dann in der Regel für die erste Sitzung zu genügen. Selten hat man dann in solchen Fällen in Betracht kommende Blutungen veranlafst, man kann sehr oft kaum einen Tropfen wässerigen Blutes herauspressen.

Urethroskopierung der Dilatationswirkungen. Inspiziert man tags darauf die dilatierte Stelle durch das Urethroskop, so sieht man kleine, 1—2 Millimeter lange Rifschen durch Epidermis und etwas tiefer gehen; sie liegen, wenn hypertrophische Drüsen vorhanden sind, zwischen diesen, bei den hypertrophischen Strikturen in der granulierten Substanz, bei trockener Entzündung und trockener Striktur in der am meisten erkrankten Substanz. In letzterm Falle kommen öfter subepitheliale Trennungen vor, weil die Hauptmasse der Entzündung eben auch daselbst liegt und die Epithelialschicht der Mucosa durch die festgeschlossenen

Follikelmündungen an sich schon unnachgiebiger ist als Fällen, man hat also seltener Blutungen und sieht be throskopischen Nachinspektion nur kleinere oberfläch letzungen. Hat man aber eine gröfsere Blutung beko wird man vorher stets besonders weiche oder mit E wüchsen bedeckte Schleimhautstellen, wie bei Urethriti oder eine Urethritis glandularis hypertrophica oder konstatiert haben.

Ausschlufs unbeabsichtigter Nebenwirkungen. Bei ra Handhabung ist eine irgendwie geartete ni sichtigte und in Betracht kommende Verlet solut ausgeschlossen, mir selbst ist bei m 5000 mit meinen Instrumenten vorgenommene tionen nie ein unvorhergesehenes Ereigni gelaufen, es ist nie vorgekommen, dafs ich die lung hätte sistieren müssen, weil es der Pati ertragen hätte. Im Gegenteil, jeder zieht di tionen, sowohl betreffs ihrer Erträglichkeit Wirkung, allen andern Medikationen vor, Ätzungen oder kaustischen Ausspülungen. E ich nicht meine Anwendungsweise mit der in Ameri zu identifizieren, dort ist die Methode aufserordentlich man dilatiert aber eben flott drauf los, ohne Gummiüb das Instrument und ohne Mafs und Ziel, ohne sich j kopisch von dem, was man thun darf und gethan hat zeugen, von dort her sind mir auch durch meine ame Schüler unbeabsichtigte und störende Nebenwirkunge deren Erwähnung hier unwesentlich ist.

Es ist sehr empfehlenswert, jeder Dilata Ausspülung der Harnröhre mit einer antis Flüssigkeit vorausgehen zu lassen. Der Gumr soll mit Borglycerin 5% eingefettet werden.

Wann und wie oft soll man dilatieren? Die Be der Frage: wann und wie oft man dilatieren so von Fall zu Fall eine andre. Natürlich gibt es bestim und die fassen sich am besten dahin zusammen, dafs die Dilatation soll nicht eher wiederholt we

is die durch die vorhergehende bewirkten Trennungen albwegs wieder verheilt sind. Ich drücke mich beabichtigt nicht ganz präzis aus, weil es Fälle gibt, wo man fast inen Tag um den andern oder wenigstens jeden dritten Tag ilatieren kann, ja es, will man so schnell als möglich vorwärts ommen, thun mufs. Hat man wenig und locker infiltrierte Herde (Urethritis mucosae, glandularis, follicularis, circumscripta) or sich, die auf der Grenze der bindegewebigen Umwandlung tehen, so genügen ca. jede Woche einmal vorgenommene Erweiterungen in der Stärke von 28—35. Bei einer bestimmten Art follikulärer Infiltration, wie sie sich häufig schon mehrere Monate nach der Infektion findet, wo namentlich das Orificium extern. hart, trocken und für den urethroskopischen Tubus unpassierbar ist, soll man 2—3 mal wöchentlich, langsam steigend, also ein um das andre mal eine halbe bis ganze Nummer, dilatieren. In allen solchen Fällen hat die Dilatation zumeist sofort eine aufserordentlich günstige Wirkung, und man kann mit ein bis zwei mal einen bisher hartnäckig erschienenen Fall günstig beenden. Man geniere sich nie, auch bei verhältnismäfsig starker Sekretion die Einführung des Instruments vorzunehmen, ausgenommen selbstverständlich bei einer akuten Infektion und floriden Entzündungserscheinungen. Im allgemeinen kann man erwarten, dafs in ca. 10 Tagen spätestens die Wiederholung stattfinden kann. Die Reaktion auf die Operation besteht in leichtem Schmerz beim Urinlassen, bei tiefen Infiltrationen auch während der Erektionen, hie und da kann sich auch die Blutung beim Urinlassen während 24 Stunden noch wiederholen.

Dilatation starker Verengerungen. Letzteres setzt stets vorhandene, tiefgehende, weiche Infiltrationsherde voraus. Bei starken Verengerungen, die mit unter 17 F. Ch. nicht passierbar erscheinen, hat man Metallbougies anzuwenden. Ist die Erweiterung soweit vorgeschritten, dafs das Dilatatorium leicht einführbar erscheint, so kommt man mit diesem schneller vorwärts und erweitert dann unter denselben Regeln wie bei andern Fällen. Die Wirkung der Operationen soll man stets am nächsten male urethroskopisch kontrollieren, und dabei

zeigt sich unter andern am deutlichsten
aufserordentliche und schnelle Erfolge man
Sogleich nach der ersten Erweiterung verä
das urethroskopische Bild: die oberflächl
zündlichen Gebilde, wie Papillarhypertropl
meine sammetartige Schwellung der Sch
Epithelabschuppungen, weichere periglandu
trationen, Vorkommnisse, wie sie bei den
und leichten Infiltrationen sich finden, s
nach ein oder zwei Dehnungen nicht mehr

Direkte Wirkungen der Dilatation. Sehr häufi
auch, wie die follikelartigen Schwellungen bei de
sich öffnen, weite Drüsenöffnungen sich zeigen, aus
smegmaartige Masse sich herausdrücken läfst. Eben
sich das Bild bei den schwereren infiltrativen I
verschiedenen Graden der Urethritis glandularis und
Unter andern konstatiert man auch stets, wie die A
der Entzündungsmassen von den gesetzt
ausgeht, dafs in ihrer Nähe immer die Vern
weitesten vorgeschritten ist.

Palpationen der dilatierten Urethra. Die E
sollen in angemessenen Pausen unter urethroskopisch
so lange fortgesetzt werden, bis sämtliche Erschei
Infiltration verschwunden sind. Eine tote Narb
ebenfalls unter meinen Instruktionsbildern abgebild
cf. Original.

Noch etwas möchte ich hervorheben, was ich
selbst nicht genug betont zu haben glaube. —
nämlich die Harnröhre im dilatierten Zu
tastet, ist es auch für den zunächst Ungeü
fühlbar, dafs sich stets Veränderungen an
zeigen, die man mit dem im Urethroskop g
Veränderungen in Einklang bringen kann.

Kontrolle der urethroskopischen Befunde durch
pationen. Man fühlt dabei vollständig ent
kleinere und gröfsere, herdförmige, steck
bis erbsengrofse, harte Infiltrate, um diesel

angsam verlaufend entsprechend grofse Verdichtungen. Man fühlt deutlich wie dieselben gruppenförmig angeordnet ind und wo die normale Zone der Schleimhaut wieder eginnt. Es kommen ferner oft gürtelförmige Infiltrate m die ganze Harnröhre ohne besonders ausgeprägte glanuläre Herde vor. Es ist für den Geübteren leicht möglich, ie Natur und den Sitz dieser Verdichtungen, ob innerich oder dicht unter der Mucosa u. s. w. zu bestimmen; erner wie sie sich zum corp. cavern. ur. verhalten, ob ie abgekapselt sind und dergl. mehr. — Es gibt dabei für len sich für diese Frage Interessierenden noch eine grofse Anzahl von wichtigen Fragen, die erledigt zu werden verdienen. Durch die Dilatationen werden diese anfangs zusammenhängenden Herde in einzelne getrennt und die periglandulären Infiltrate bald schneller, bald langsamer aufgesaugt, ebenso fühlt man, wie die grofsen Infiltrate sich verkleinern und dergl. mehr. Kurz, man kann mit Leichtigkeit die im Urethroskop gestellte Diagnose durch diese Palpationen kontrollieren und so sich selbst, dem Patienten und den Schülern Gelegenheit geben, die gemachten Beobachtungen zu prüfen und sich von den Fortschritten in der Heilung zu überzeugen. Ich kann gar nicht genug das öftere Vornehmen dieser Palpierungen empfehlen und das Instruktive derselben hervorheben, namentlich der Anfänger soll dieselben recht oft machen, um sich so einen deutlichen Einblick in die Beschaffenheit, speziell Lage und Ausdehnung der chronisch-gonorrhoischen Infiltrate zu verschaffen.

Heilung der Dilatationseffekte. Ich füge endlich noch hinzu, dafs ich in der Zeit zwischen den Dilatationen entweder gewöhnliche Einspritzungen mit der Tripperspritze oder mit dem Katheter und einer grofsen ca. 75 g haltenden Spritze machen lasse. Dazu verwende ich je nach der Reizbarkeit der Schleimhaut: Borsäure ca. 2½ %, Benzoësäure 0,5 %, Höllenstein ca. 0,1 ‰ bis 5 ‰, Resorcin 1—4 %. Oft sind die Injektionen auch unnötig und ihre Wirksamkeit sehr problematisch, so dafs nur dem Patienten gegenüber der Grundsatz: ut fiat aliquid — bewahrt bleibt.

Resumé. Das Resultat meiner Studien und
die ich im vorstehenden resümiert habe, möchte ich
Sätzen am Schlusse meines Autoreferats zusammenfa

1. Die bisher zumeist gebrauchten Me
Urethroskopie mit jeder Art **reflektiertem** Li
sich als **ungenügend** erwiesen. Als ration
brauchbarste Methode ist die von mir in
eingeführte elektroendoskopische Methode
da man mit derselben **alle makroskopisch**
sichtbaren Details ohne Mühe erkennen kann.

2. Bei den urethroskopischen Untersuc
man sich vor allen Dingen darüber Rech
geben, **wie die erkrankten Stellen pathologisch**
beschaffen sind.

3. Die chronische Gonorrhöe erzeugt
der Harnröhrenschleimhaut vollständig **dis**
änderungen, die mit keiner andren Affektion
werden können. Dieselben sind noch v
sichtbar als eine Sekretion stattfindet. Dah
elektroendoskopischen Untersuchungen prim
rufen zu entscheiden, ob und inwieweit eine
gonorrhoische Erkrankung als definitiv ge
sehen ist.

4. Die einzelnen Hauptspezies der chr
norrhoischen Affektionen der Harnröhrens
unterscheiden sich einerseits nach der Besc
der Infiltrationen, ob mehr bindegewebig
lung oder nicht, und anderseits nach der
der Drüsen: hypertrophische und folliku
zündung.

Denselben Bedingungen unterliegt die H
schwersten Harnröhrenverengerungen.

5. Die von mir geübte Methode der H
dilatation ist eine **rationelle, durchaus u**
und **von der bisher geübten wirksamen Th**
chronisch-gonorrhoischen Affektionen der H
schleimhaut.

lle Instrumente liefert F. E. KLENGEL, Mechaniker, Dresden. er Art Auskunft erkläre ich mich gern bereit.

Pariser Briefe.

Von

P. G. UNNA.

VI.

a seborrhoicum. — Ekzema folliculorum. — Circinaria rugosa zema rugosum). — Impfung von Molluscum contagiosum.

Paris, den 6. Mai 1888.

Lieber Freund!

ist heute wohl der letzte Tag, dafs ich Ihnen über ologisches aus Paris berichten darf; aber ich hoffe, dafs ch der Lektüre dieses Briefes von dem Inhalt desselben verden, last not least. Ein Vergnügen, welches ich kaum en wagte, habe ich den ganzen Morgen genossen. Der e Kollege LAILLER, der emeritierte Veteran des Hospital iis, hat sogar heute, am Sonntag, das Museum öffnen und im Beisein von QUINQUAUD, BARTHÉLEMY, HENRI ER und mehrerer andrer Dermatologen an der Hand der aschen Modelle über die von mir unterschiedenen Ekzem- mit mir diskutiert.

türlich stand im Vordergrund der Diskussion das Ek- borrhoicum. Da ich hier für die Gesamtanschauung des oisch-katarrhalischen Prozesses keine Anhänger mehr zu nötig hatte, so begnügten wir uns, diejenigen Modelle usuchen, welche unter den verschiedensten Titeln die un- baren Symptome des Ekzema seborrhoicum zeigten. Ich folgendem einige der prägnantesten Beispiele anführen und , der Kuriosität halber, mit einem der ältesten Modelle.

1. Ekzema lividum. BAZIN. Ein rechtes Bein. Der Oberschenkel ist bedeckt mit grofsblätterigen Schuppen auf einer verdickten etwas cyanotischen Cutis. Hier und da etwas Nässen und Rhagaden. Am Unterschenkel, an der Grenze des Gesunden, einige kreisförmige, zusammenfliefsende, gelbrote, schuppige

Papeln, welche durch ihre feinen, erodierten, roten deutlich als Papeln des seborrhoischen Ekzems d

Ein Ekzem der Lippen, einer Kranken von La hörig, wurde von diesem selbst als Ekzema seborrh kannt.

No. 295. Ekzema orbiculare, Lailler. Ein trockenes, Ekzem beider Lippen, welches mit scharfen K bogiger Begrenzung ziemlich weit auf die angre sich erstreckt.

Mehrere Präparate von Fournier gehören hö scheinlich hierher.

No. 432. Eczéma circiné, Fournier. Sternalgegend eines bedeckt mit sehr charakteristischen runden, senfko grofsen Effloreszenzen. Die schmalen Ränder d mit Schuppen bedeckt oder exfoliiert und rot.

No. 804. Eczéma marginé non parasitaire. Fournier. eines Mannes mit grofsen, flachen, gelben, sehr wen Flecken bedeckt, deren Ränder schwach gerötet si parasitaire" bedeutet natürlich nur die Abwesenhei tonsurans.

No. 1102, 1103. Eczéma sec squameux. Fournier. Rücken ei Kranken. Eine Menge gelber und gelb-rötlich flacher, unregelmäfsig mit Schuppen bedeckter Fl rechte Handrücken derselben Kranken zeigt rot schriebene, ekzematöse, infiltrierte Erhebungen, Teil mit Bläschen, zum Teil mit gelben Schu sind.

Die meisten zu dieser Gruppe gehörigen Mo jedoch Besniers Kranke geliefert.

No. 504. Eczéma circiné, 1878, Besnier, trägt folgende Variété disseminé. On examinera à la loupe la des anneaux ou discs par des petites papulo-vesic Eine Lende und rechter Oberschenkel von hi Trockene, rot geränderte, seborrhoische Flecke. tragen hier und da feine Bläschen.

No. 875. Eczéma circiné. 1883. Besnier. Brust bedeckt bis linsengrofsen charakteristischen Flecken.

No. 864. Eczéma circiné. Besnier. Zwei einzelne charakteri der Sternalgegend.

No. 1038. Eczéma circiné. Besnier. Eine grofse Menge k scharf konturierter, rotgeränderter Flecke.

No. 876. Eczéma dicoide. Besnier. Rechter Oberschenkel, bedeckt mit groschen-, mark- bis thalergrofsen, flachen, papulösen Erhebungen, welche gelbe, fettige Schuppen und rote Ränder besitzen.

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor einerseits, dafs die seborrhoische Affektion des Sternums von den französischen Autoren sehr richtig als eine Ekzemform erkannt wurde, anderseits, dafs in dem Schranke 11, welcher die Überschrift: Ekzema trägt, hauptsächlich nur Modelle von dieser Ekzemform zusammengestellt sind. Wie klar aber bereits vor sieben Jahren Besnier die Eigenart und ekzematöse Natur dieser Affektion erkannt hat, geht aus einer Anmerkung hervor, welche in der französischen Übersetzung von Kaposis Vorlesungen durch Besnier und Doyon (Paris 1881, pag. 449) zu finden ist und auf welche Besnier mich aufmerksam machte:

En dehors du pityriasis versicolore que la sudation, le séjour au lit, la présence de la flanelle, longtemps portée favorisent certainement, on rencontre très frequemment sur les régions antérieur et postérieur du tronc une affection eczématiforme particulière, que l'on confond avec diverses alterations différentes. Généralement disposée sous forme de disques plus ou moins arrondis ou semilunaires, elle s'observe surtout chez les sujets (les hommes notamment) qui porte sur la peau une chemise de laine ou de flanelle. Cliniquement, c'est un eczéma erythemateuse, eczéma souvent fruste, avec saillie acnéiforme des follicules pilosebacées et bordure finement incisées; occupée par une croûtelle légère. Aux alentours quelques groupes d'eczéma papuleux légère, avec croûtelle, au sommet, sans forme précise; quelques uns cependant, examinés à la loupe, se montrent entourés individuellement de la petite fissure fine peripherique, que nous considerons comme pathognomique. — Cette affection est parasitaire, avec parasites de l'ordre de ceux, qui viennent d'être terminés dans la note ci-dessus. Sa guérison s'obtient aisément avec le savon noire et avec tous les agents d'élimination épithéliale.

Es wird nicht wunder nehmen, dafs meine Nachforschungen auch noch in andern Abteilungen des Museums Beispiele des Ekzema seborrhoicum ergaben. Da diese Modelle nicht in dem Ekzem-Schrank (No. 11) untergebracht sind, so gestatte ich mir nur, die betreffenden Autoren auf die Ähnlichkeit mit meinem Eczema seborrhoicum aufmerksam zu machen, dahin rechne ich z. B.:

No. 621. Herpes circiné parasitaire. Guibout.

No. 444. Trichophytie circinée. VIDAL.
No. 1006. Herpes circiné parasitaire. GUIBOUT.
No. 298. Lichen ruber. LAILLER.
No. 795. Psoriasis rupoide. BESNIER.

Sie sehen, alles in allem genommen, dafs die
matologen in Paris schon seit geraumer Zeit die
katarrhalische Natur der sogenannten Seborrhoea corp
haben, was sich nicht blofs in obiger Anmerkung v
sondern in den meisten Bezeichnungen der einschlägi
im Museum zu erkennen gibt. Vom toten zum leben
übergehend, habe ich denn auch in sämtlichen K
Polikliniken des Hospitals täglich eine Reihe hierh
Fälle angetroffen, teils bereits unter derselben Diag
handelnden Ärzte, teils unter andern, wie z. B. Psoria
Pityriasis rosé (GIBERT) etc. Hierbei habe ich bei
Kollegen ein unerwartetes Entgegenkommen und ein
ständnis gefunden. Das Ekzema seborrhoicum in seine
verschiedenen Formen ist als Entität in Paris ane
man hat mich allgemein versichert, dafs man die
dieses Prozesses dort als einen Fortschritt begrüfs
stimmt sogar in formaler Beziehung mit mir überei
die Wahl des Namens billigt. Andre, wie LA
BARTHÉLÉMY, welche sachlich ganz oder fast ganz
Standpunkte stehen, nehmen aus verschiedenen Grü
Bezeichnung: Eczema seborrh. Anstofs; BARTHÉLÉMY
der Ansicht, dafs nach Abzug sämtlicher parasitärer
der Haut, welche zu Ekzem führen können, ein
wird, der erst das wahre Ekzem umfafst. Ich antwo
dafs ich im Interesse allgemeiner Verständlichkeit
sein würde, einen neuen, nichts präjudizierenden A
parasitäre Katarrhe der Haut anzunehmen, wie z.
PAYNE (London) vorgeschlagenen Namen Circinaria,
zwei wohlerwogene Gründe mich bestimmten, bei
Ekzema seborrhoicum vorläufig zu bleiben, bis die Au
wahren Parasiten die Nomenklatur definitiv feststelle
dahin halte ich es für unsre wissenschaftliche Pflich
die vielumfassende Gruppe des chronischen Ek

tiologischen Prinzipien in scharf umschriebene Abteilungen zu ringen, anderseits die lange gehegte falsche Vorstellung der Seborrhöen als funktioneller Anomalien der Taldrüsen möglichst zu verdrängen durch die Wahl eines Namens, der ihre entzündliche katarrhalische Natur ausdrückt.

Ich hatte, nachdem wir die Ekzemata seborrhoica der Sammlung durchgegangen, noch die Freude, LAILLER auch in Form von BARETTaschen Modellen zwei andre Arten parasitärer Ekzeme demonstrieren zu können. Zunächst fand ich im Lichenschranke einen typischen Fall von meinem Ekzema folliculorum.

No. 575. Lichen circiné. HILLAIRET. Knie und Unterschenkel bedeckt mit schönen, ganz gleichmäfsig ausgebildeten, eigentümlichen, runden und ovalen Ringen von etwa Kirschen-, Pflaumen- bis Apfelgröfse. Dieselben berühren sich zum Teil an den Rändern. Jeder Ring besteht aus einem schmalen, erhabenen, dunkel und etwas rötlich gefärbtem Rande und einem ausgedehnten deprimierten, gelb gefärbten, hier und da feinschuppigen Zentrum. Die erhabene Randpartie zeigt sich zusammengesetzt aus alleenförmig dicht aufeinander gereihten, derben, follikulären Papeln, die einer etwas geschwellten Cutis anserina gleichen.

Es war für mich keinen Augenblick unsicher, dafs hier ein ganz typischer Fall jener Ekzemform verlag, den ich früher gelegentlich als „Ekzema flavum" des eigentümlich gelben Zentrums wegen bezeichnet, den ich aber neuerdings seit dem Besuche von MALCOLM MORRIS in Hamburg im Einverständnis mit diesem Forscher fortan als Ekzema folliculorum zu führen mich entschlossen habe. Denn das gelbe Zentrum kommt ja auch dem Ekzema seborrhoicum zu, und so hat der Name Ekzema flavum bereits in England eine kleine Verwirrung hervorgebracht, indem PAYNE glaubte, dafs ich damit das seborrhoische Ekzem bezeichnen wolle. Anderseits ist in der That der gänsehautähnliche Rand viel charakteristischer für diese Form, so dafs ich mit Freuden die private Bezeichnung meines Freundes MALCOLM MORRIS: Ekzema folliculorum, meiner früheren zur vorläufigen, internationalen, besseren Verständigung substituiere. Diese Affektion fand ich nun auch, im Modell, in Paris. Keiner der Dermatologen, mit denen ich dort diskutierte, zweifelte daran, dafs wir es hier mit einer eigenartigen Erkran-

kung zu thun haben, und so ist denn auch die
Deutschland, England und Frankreich nachgewiesen.

Lassen Sie mich, um nicht durch allzu grofse K
zu werden, eine kurze Charakteristik des Verlaufs
krankung anschliefsen. Es erscheint zunächst u
plötzlich eine kleine, etwa groschengrofse Gruppe
follikeln, wie ein ganz umschriebener sog. Lichen p
selbe erhebt sich etwas über das Niveau der
gesunden Haut und juckt zuweilen nicht unerheblic
vergröfsert sich der Fleck, die mittleren Haarbälge si
zurück und ihre Area nimmt einen sandgelben Ton
auch häufig in feinster Weise ab. Unterdessen s
Gänsehaut ringförmig weiter, umgibt aber stets in
schlossenem erythematösen Kreise das einsinkende, gel
Der Rand behält dabei stets nahezu dieselbe Breit
6 Follikelreihen, während das Zentrum jede belie
annehmen kann; ich habe gelbe Zentren gesehen,
halbe vordere Thoraxseite einnahmen. Die ausgebild
zeigt auf ihrem Höhepunkt am ganzen Körper u
verteilte gelbe, ovale oder runde Felder, von schmale
Alleen erigierter und geschwellter Follikel umgeben.
Falle, den ich bisher gesehen, führte diese Affektion
Stellen, besonders am Hals und Kopf, zu stärk
erscheinungen und zum Nässen. Die Erkrankung ist
und recidiviert leicht; Teer hat mir noch die bes
geleistet.

Die andre Form von parasitärem Ekzem (ode
Art Circinaria nach PAYNE), die ich als alte B
Museum BARETTA wieder antraf, war mein früher
— ich schäme mich jetzt fast des nichtssagenden Na
alle Parakeratosen könnte man so nennen — „Ekze
forme." Doch ich habe jetzt mit meinen französisch
eine bessere, vorläufige Bezeichnung verabredet und
Ihnen sagen zu können, dafs auch diese Form in
wohl als besondere anerkannt werden wird. Es sind
welche als Typen für dieselbe gelten können, obgleic
im Psoriasisschranke untergebracht sind.

No. 722. Psoriasis circinata généralisée. Guibout.
No. 1140 u. 1141. Psoriasis figuré. Besnier.

Schon tags vorher war mir in der Fournierschen Klinik ein Kranker vorgeführt mit einzelnen zerstreuten, roten, schuppigen Papeln am Körper, dessen Dermatose ich als weder zum Ekzema seborrhoicum, noch zur Psoriasis gehörig, sondern als diese dritte Form trockenen Ekzems diagnostizieren mufste. Hier konnte ich nun meinen Kollegen die weitere Ausbildung dieses Exanthems an ihren eignen Modellen zeigen.

Ganz ähnlich kleinsten Psoriasispapeln erheben sich in rascher Folge am Rumpfe, Armen und Beinen, aber nicht an Knieen und Ellbogen erbsen- bis linsengrofse, hellrote Papeln und bedecken sich mit einer bläulich-weifsen oder rein-weifsen Hornschuppe. In der Formation dieser Hornschuppe liegt ein unterscheidendes Moment von der Psoriasis und dem Ekzema seborrhoicum squamosum. Dieselbe reicht nicht bis an den Rand der Papeln, sondern läfst eine periphere feine Zone frei; diese ist rot aber nicht exfoliiert und feucht wie häufig beim Ekzema seborhoicum. Die Hornschicht ist weiter gerunzelt, gefaltet. Diese Eigentümlichkeit tritt erst recht hervor, wenn die Papeln sich zu Ringen ausgedehnt haben. Dann ist die Hornschicht in radiären, also zum Ringe selbst senkrechten Falten in einem zierlichen Plissé erhoben, und diese radiäre Runzelung der weifsen Hornschicht im Kontrast mit der peripheren roten, trockenen Randzone gibt den Ringen ein äufserst charakteristisches Aussehen.

Auch die Mitte dieser Ringe kann dienen, die Affektion besonders vom Ekzema seborrhoicum zu unterscheiden, denn sie ist vollständig normal, weifs oder etwas bläulichweifs, aber nie gelblich und nicht schuppig. So zeigt besonders der Besnier-sche Fall den Körper bedeckt mit grofsen, schönen, zum Teil konfluierenden Ringen und Gyris, welche alle die angegebenen Merkmale erkennen lassen.

Von dieser Parakeratose, von der ich etwa 6 Fälle in Hamburg gesehen habe, bin ich am wenigsten sicher, dafs sie in Ekzem übergehen kann. Hier wäre der Name Circinaria also am ehesten am Platze. Was die nähere Bezeichnung betrifft,

so habe ich, wie gesagt, das Beiwort „psoriati
fallen lassen und bin mit den Pariser Kollegen übere
sie nach der gefalteten Hornschicht, dem
Symptom, zu bezeichnen, also Ekzema rugosum
man will, Circinaria rugosa).

Über vieles Andre, welches besprochen wurde
aus Mangel an Raum und Zeit schweigend hinwe
Frage, wie die Pityriasis rosé (Gibert) sich zum E
rhoicum verhalte, wurde in keiner Weise entschie
hatte ich in Hamburg beide Affektionen wohl unt
können geglaubt. In Paris sah ich Kranke und
denen die Diagnose zwischen beiden Affektionen
blieb, die einen Übergang von beiden ineinander w
machen. Doch möchte ich für meinen Teil noch
schiedenheit beider Dermatosen festhalten.

Nur ein einziges Präparat, welches uns an di
santen Morgen beschäftigte, will ich noch erwähnen
einer gelungenen Übertragung des Molluscum
sum (in Frankreich leider noch Acné variolifor
aus dem Jahre 1877.

No. 515. Inoculation d'Acne varioliforme, par Mr. Pautry
Vidal.

Also ist der mit Unrecht verdächtigte Fall
gar nicht der einzige, welcher existiert und die par
des Molluscum contagiosum auch in Paris zur Evid

VII.

Paris, den 7.

Lieber Freund!

Mit der Wissenschaft habe ich im letzten
schlossen; ich habe versucht, Ihnen einen Begr
befruchtenden Ideenaustausch zu geben, welcher
verflossenen Woche an das Hospital St. Louis fesse

Aber ich möchte Paris nicht verlassen, ohne
noch einmal des liebenswürdigen Generalstabes die
zu gedenken, welchem ich so unvergeßliche Stund

Am letzten Sonnabend vereinigte das gastfreie Haus von Besnier so ziemlich alles, was Paris an hervorragenden Dermatologen aufzuweisen hat, in heiterer Geselligkeit. Drei wissenschaftliche Generationen wenigstens waren hier beisammen. Als Veteran sah man hier den alten, aber noch ungemein jugendlich frischen Hardy, der noch die älteren Klassiker der französischen Dermatologie gekannt hat. Lailler, Besnier, Fournier, Doyon, Hallopeau, Quinquaud, Merklen, Barthélémy, Brocq, Balzer, Thibierge und eine Reihe jüngerer, bereits mit Achtung genannter Dermatologen, welche Fülle umfangreichen Wissens und ernster Arbeit liegt in diesen Namen!

Ist es nicht aber auch schön, dafs alle diese verdienten Männer persönlich so gut harmonieren, wie ich es hier zu meiner Freude fand? Trotz aller wissenschaftlichen Differenzen, welche die verschiedenen Anschauungen der Generationen, welche der persönliche wissenschaftliche Standpunkt und die gerade in Paris weitgetriebene Konkurrenz um die wenigen Ehrenstellen mit sich bringen, begegnen wir hier einer Eintracht, die mich um so wohlthuender berührte, als ich an die analogen und weniger schönen Verhältnisse gewisser Grofsstädte Deutschlands fortwährend denken mufste. Diese Harmonie ist nicht nur ein Ausflufs der persönlichen Liebenswürdigkeit und der Tradition, nach aufsen als einheitliche Schule zu erscheinen, sie ist auch das Resultat gemeinschaftlicher ernster Arbeit und daraus entspringender gegenseitiger Achtung.

Die Freude an den Fortschritten der Dermatologie, das lebendige Bewufstsein, dafs durch die Arbeit in unsrer Spezialität in direktester Weise die Anschauungen der Gesamtmedizin beeinflufst und gefördert werden, dieses geistige Band verbindet hier mehr als bei uns die jüngern und ältern Dermatologen. Mit Recht äufserte Besnier, welcher persönlich viel beigetragen hat zu diesem vorzüglichen Verhältnisse der Kollegen, er beherberge „die Familie der Pariser Dermatologen“ bei sich. Wenn man doch bei uns auch einen solchen Ausspruch thun könnte!

Natürlich war unter uns viel die Rede von dem nächstjährigen ersten internationalen dermatologischen Kongrefs, welchen die vereinigten Ärzte des Hospitals St. Louis nach

Paris berufen haben. Dafs die Räume des Mu
vielleicht der allergeeignetste Platz zu einer
Verständigung sind, hierfür glaube ich in den fr
einiges Material beigebracht zu haben. Und k
als RICORD soll das Ehrenamt des Präsidenten dabe
Das klingt wie ein Anachronismus in den Ohre
Generation. Und doch ist es verständlich, we
im vorigen Jahrhundert geborenen Greis gese
sprochen hat.

Ich wurde von Herrn Dr. PIGNOT, dem jetzig
RICORDS, bei diesem eingeführt. In einem ruhige
Stadtviertel wohnt, vielleicht seit einem halben Ja
ewig junge Veteran der Syphilidologie. Noch im
er Patienten, noch hat der alte Nimbus seine Za
ganz verloren, welche vor zwei Menschenaltern ein
Schar von Schülern nach Paris zog. Eine imponi
ein wohlgepflegtes Äufsere, kein Zeichen des hoh
ratende, aber eine gutmütige, heitere Laune atm
züge, so fand ich den ehrwürdigen Alten in sein
im Sprechzimmer. Erstaunt, im Verlauf des ku
zu erfahren, dafs RICORD in Nordamerika, und zw
geboren und erst im Jahre 1820 nach Paris geko
zählte ich ihm, dafs ich im vorigen Jahre in sei
einem Kongresse unsrer amerikanischen Kolleg
habe, und sofort setzte RICORD das Gespräch lebha
fort und blieb dabei, bis wir uns verabschiedeten.
Menschenkinder, an denen die sonst so rücksichtsl
hutsamster Weise vorbeigeht. Wie selten und wi
dieses Loos einmal einen Ritter vom Geiste t
seines Ehrenamtes im nächsten Jahre mit unverä
und Rüstigkeit walten!

Über die Dermatitis herpetiformis von Duhring.

(Arthritis bullosa, Bazin. Pemphigus pruriginosus, Hardy. Hydroa der englischen Autoren.)

Von

Dr. L. Brocq
in Paris.

(Fortsetzung.)

III. Kapitel. Besprechung der Duhringschen Ansichten.

Aus dem vorhergehenden wird man schon gemerkt haben, dafs ich rn bereit bin, das Vorhandensein einer besondern Krankheit anzuerinnen, die besonders beschrieben sein will, und zu der oben 9 Beispiele fgeführt wurden. Diese Krankheit scheint mir in der That durch folgende er wahrhaft pathognomonische Eigenschaften bestimmt:

1. Die eruptiven Erscheinungen sind vielgestaltig; sie bestehen: a. in rimären Elementen — erythematöse, mehr minder abgerundete Plaques, apeln, Vesikeln, Papulo-Vesikeln, Blasen, Pusteln, Bläschen-Pusteln; verreut oder verschiedenartig gruppiert; — b. in sekundären Elementen — xkoriationen, Borken, bräunlichen Stellen.

2. Das Jucken ist sehr heftig.

3. Die Krankheit ist von sehr langer Dauer und tritt in Anfällen uf, wobei der Hautausschlag jedesmal ein andrer sein kann.

4. Die Kranken leiden nicht sehr und bleiben im allgemeinen bei ei guter Ernährung.

Diese Erscheinungen bilden zusammen eine einheitliche Krankheitsruppe, die man logischer Weise nicht Dermatitis herpetiformis, sondern Dermatitis polymorpha, pruriginosa, chronica à poussées successives[1] bennen müfste. Die oben mitgeteilten Beobachtungen Duhrings zeigen liese vier Haupteigenschaften; auf dieselben Eigenschaften stofsen wir ei zahlreichen, innerhalb der letzten 3 Jahre von Duncan Bulkley, an Harlingen, Taylor, Bronson, Fox u. s. w.[2] veröffentlichten Fällen. Solche Fälle sind in Frankreich nicht selten, und unser grofser Dermatologe Bazin hat sie in klassischer Weise unter dem Namen Arthritides bulleuses[3] beschrieben. Ich werde auf diese Arbeit später noch zu sprechen kommen, und wir werden sehen, dafs Duhrings Verdienst darin besteht, diese Untersuchungen wieder aufgenommen zu haben. Nicht ihm also, sondern Bazin

[1] Siehe weiter unten die Begründung dieses vorläufigen Stammes.
[2] Vgl. weiter unten den Bericht über diese Fälle.
[3] Bazin. *Theoretische und klinische Vorlesungen über die Hautkrankheiten arthritischer und herpetischer Natur.* Herausgegeben von Jules Besnier. 1886. pag. 303 ff.

gebührt die Ehre, diese Krankheit zuerst erkannt und haben.

Über diesen ersten Punkt, über das Vorhandendensein Dermatose, als deren Beispiele die 9 mitgeteilten Beoba bin ich also mit dem amerikanischen Dermatologen völli Untersuchen wir jetzt weiter, ob alle die genannten wirklich auch zu dieser Dermatose gehören.

Vorher seien einige Bemerkungen gestattet. Aus dem ist ersichtlich, dafs Duhring unter dem Namen Dermati nicht nur ein Krankheitsbild zeichnet, zu dem die 9 mitg Beispiele gelten können, sondern dafs er darunter sämt Hautleiden einbegriffen wissen will. Das ist seine Auffassu dieselbe berechtigt ist, werden wir jetzt untersuchen, inden klinischen Krankheiten, die er als zugehörig zu seiner De formis bezeichnet, damit vergleichen. Können wir ihne nannten 4 Haupteigenschaften der Dermatitis herpetiform ich sie einstweilen genannt habe: Dermatitis polymor chronica (abgekürzt D. p. p.) — zuerkennen, so ist Du im Recht.

1. Impetigo herpetiformis.

Von einer Schilderung der Impetigo herpetiformis k da Kaposi in seiner erst kürzlich erschienenen gelehr über diesen Gegenstand viel Licht verbreitet hat; ich ver sich darüber belehren will, namentlich auch wegen der Q diese Arbeit.[4]

1872 machte uns Hebra zuerst mit einem neuen Ha das namentlich bei schwangeren Frauen vorkommt und herpetiformis nannte.[5] In dem Atlas der Hautkrankheiten Bärensprung[6] findet sich eine Abbildung, die sich auf e krankung bezieht, mit der Unterschrift Herpes circinatu sieht darin ein schönes Beispiel der pustulösen Varietät s herpetiformis. — Zwei Jahre später veröffentlichte Aus Namen Herpes vegetans zwei Fälle, welche offenbar zur In

---

[4] Kaposi. Impetigo herpetiformis. *Vierteljahresschri u. Syphilis.* 1887. Heft 2. pag. 273. — Siehe auch: J Zur Kenntnis der Impet. herpetif. *Monatshefte für praktis* 1887. No. 21. pag. 950.

[5] Hebra. Über einige Hautaffektionen bei Frau Schwangerschaft und des Puerperiums. *Wiener Med. Woc* No. 48.

[6] Erlangen 1867.

[7] Duhring. Über die Beziehungen der Dermatitis der Affektion, die man gewöhnlich als Impetigo herp *American-Journal of Med. Science.* Oktober 1884. pag. 3

[8] Auspitz. *Archiv für Dermatologie u. Syphilis.* 186

Hebra gehören. Der Ausschlag bestand aus stark geröteten erythematösen Plaques, die heftiges Jucken und Brennen verursachten, und zu denen sich auch noch Bläschen und Pusteln hinzugesellten. Duhring beruft sich auf diesen Polymorphismus und verlangt auch jene beiden Fälle für seine Dermatitis herpetiformis, deren abnorme Formen sie nach ihm darstellen. — Die beiden Kranken starben.

1871 veröffentlichte Geber aus der Wiener dermatol. Klinik einen Fall, an dem er die Verwandtschaft der Impet. herpetif. mit dem Herpes nachzuweisen suchte.[9] Er sprach nur von Bläschen und beschrieb Vesikeln, die mit einer schmutzig gelben Flüssigkeit gefüllt waren. Es waren also richtige Pusteln.

In seiner 1872 erschienenen Abhandlung teilte Hebra 5 Beobachtungen mit, die sämtlich schwangere Frauen betrafen. Nach ihm besteht dieses Leiden, das er zum ersten mal wissenschaftlich beschreibt, von seinem ersten Auftreten an aus mit Eiter gefüllten Pusteln, die kreisförmig angeordnet sind, so zwar, dafs das Zentrum der Gruppe sich mit bräunlichen Borken bedeckt, während sich ringsherum immer von neuem Pusteln bilden. Hebra vergleicht diese Art der Gruppierung mit derjenigen beim Herpes Iris circinatus und nennt die Affektion Impetigo herpetiformis.

Der Ausschlag beginnt fast immer an der Innenfläche der Schenkel, erreicht allmählich den Leib, die Ober- und Unterextremitäten, die Hände und Füfse, zuletzt den Hals, das Gesicht und die behaarte Kopfhaut. Die Allgemeinerscheinungen sind immer ernster Natur; es besteht starkes Fieber und grofses Schwächegefühl. Das Leiden ist sehr gefährlich, denn von den 5 Kranken Hebras erlagen vier sofort dem ersten Anfall; die fünfte starb während eines Rückfalls.

Neumann[10] hatte in der dritten Ausgabe seines Lehrbuches die Impet. herpet. beschrieben und ihr den Namen H. pyaemicus s. puerperalis gegeben. In den spätern Ausgaben nennt er sie nur noch Impet. herpet. und begnügt sich mit einer Wiedergabe der Hebraschen Arbeit.

Kaposi hat diese Frage wieder aufgenommen; zuerst in seinen Vorlesungen über die Hautkrankheiten, dann in seiner jüngsten, bereits erwähnten Abhandlung. Nach ihm hat die Affektion, die er nach seinem Lehrer Impetigo herpetif. benennnt, folgende Eigenschaften: „Der Name Impetigo bezeichnet wirkliche, mit Eiter gefüllte Pusteln; der Zusatz herpetiformis soll andeuten, dafs diese Pusteln in Gruppen oder Reihen angeordnet sind, die sich, wie beim Herpes, von einem Mittelpunkt zentrifugal ausbreiten. Dieses Leiden hat mit dem Herpes also nichts weiter als die Gruppierung gemein, und man thäte besser, es Impetigo circinatus und Iris zu nennen.

---

[9] Vgl. Kaposi a. a. O. pag. 274.
[10] *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* Franz. Übersetzung. 1880. pag. 255.

Haupteigenschaften des Ausschlags: 1. Mit dem erst
stehen miliare, oberflächliche (d. h. in der Epidermis liegend
Stecknadelkopfgröfse, mit anfangs getrübtem, später schm
Inhalt. 2. Derartige Pusteln bilden sich während der ga
Krankheit beständig neu. 3. Sie sind in Gruppen oder Hauf
4. Ein roter Hof umgibt sie; ihre Unterlage ist entzündet.
bedeckt sich frühzeitig mit einer schmutzig braunen Borke,
sofort in einfachem, doppeltem, oder dreifachem Kreise n
gleiche und perlenähnliche Pusteln erscheinen; indem s
vermehren sie allmählich den Umfang der zentralen Borke.
verbreitet sich in der Weise, dafs er, ausgehend von ei
namentlich in der Gegend der Leiste, des Nabels, der
Achselhöhlen, allmählich durch Zusammenfliefsen benac
grofse Teile der Haut bedeckt. Beim Abfallen der Krusten i
liegende Haut bald gerötet und mit neuer Epidermis bed
nässend, wie beim Ekzema, infiltriert, glatt oder papillö
ulcerös. Nach 3—4 monatlicher Dauer sind die Hautde
Ausdehnung befallen; meist sind sie gerötet, heifs, ödemat
mit Krusten bedeckt, die hier und da von kreisförmig angeo
umgeben sind; andre Stellen sind rissig oder exkoriiert. M
schon Zunge, Gaumen und Rachen gleichzeitig von einem
schlag befallen. Die Temperatur ist merklich erhöht, e
contin. remitt. Schüttelfröste leiten das Auftreten jeder
ein; die Zunge ist trocken, das Allgemeinbefinden schlecht.'

13 derartige Fälle wurden auf der Wiener Klinik beoba
bei Frauen in den letzten Monaten der Schwangerschaf
einem 20jährigen Manne, bei dem die Krankheit in de
begann und der schnell (aufgenommen 1. Mai 1884, gestorbe
an einer eiterigen, tuberkulösen Peritonitis zugrunde ging.
fand sich aufserdem noch ein Geschwür des Oesophagus,
innern Schädeldach und Hydrocephalus.

Von den 12 bei Schwangeren beobachteten Fällen e
beim ersten Anfall tödlich; 2 erlagen einem Recidiv, die ei
dem sie 2 Rückfälle glücklich überstanden hatte, nur
ging in Heilung aus. Die Krankheit ist also im höchste
gefährlich.

Der Verlauf dieser Dermatose in verschiedenen Anfäll
raturerhöhung bei Schwangeren, Wöchnerinnen und peritoniti
legt den Gedanken an einen pyämischen Ursprung der
Kaposi neigt zu dieser Annahme, obschon sie nur bei 3
stätigung fand. Auch ist der Nachweis von besonderen
Pustelinhalt noch nicht geglückt. Hebra hingegen sieht diese

Vgl. die Beobachtung im Aufsatz von Kaposi a. a.

ähnlich wie Urticaria und Pemphigus gestationis, als Folge einer Reflexwirkung an, sei es vom Nerven-, sei es vom Gefäfssystem aus. In der That beobachtet man bei solchen Kranken neben den charakteristischen Elementen der Impetigo herpetiformis, des Erythems, des Juckens, andre Erscheinungen rein nervösen Ursprungs, wie klonische Krämpfe, Paresien, Opisthotonus, Brechen. Kaposi erblickt in diesen letzteren, erst später auftretenden Zufällen sekundäre Reizerscheinungen der nervösen Zentren, hervorgerufen infolge der Hautkrankheit. Der berühmte Wiener Dermatologe ist also der Ansicht, dafs wir es hier mit einer Erkrankung sui generis zu thun haben, die vom Herpes Iris et circinatus, sowie vom Pemphigus pruriginosus et circinatus abgetrennt werden mufs, 2 Dermatosen, die weder in ihren Elementen, noch in ihrem Verlauf mit der Impetigo herpetiformis Ähnlichkeit haben.

Leider hat man auswärts die Lehre der Wiener Schule nicht richtig verstanden, denn es sind seither unter dem Namen „Impetigo herpetiformis" verschiedene Fälle veröffentlicht, die sicher nicht hierher gehören; so die Beobachtung von Heitzmann[12], bei der es sich um eine 52jährige Frau handelte, die weder schwanger, noch irgendwie geschlechtsleidend war. Diese Frau zeigte während der ersten 10 Wochen einen pustulösen, richtiger einen pustulös-bullösen Ausschlag, mit zentralen Krusten stellenweise, um die herum kleinere Pusteln standen. Dann wurde der Ausschlag rein bullös, glich vollkommen einem Pemphigus gravis und dauerte mit diesen letzteren Eigenschaften 3 Monate, bis die Frau an Kachexie zugrunde ging. Nun glaube ich aber nicht, dafs man berechtigt ist, eine Dermatose nach einem einzigen eruptiven Element zu bezeichnen, besonders, wenn dasselbe nicht während der ganzen Dauer des Leidens besteht. Man mufs das gesamte Krankheitsbild und seinen Verlauf berücksichtigen. Man darf den letzten Fall nicht zur Impetigo herpet. Hebra rechnen, blofs weil während einiger Zeit die Krankheit solche Elemente aufwies, wie sie der Impetigo herpet. eigentümlich sind. Erklärt doch Kaposi ausdrücklich: „Während der ganzen Krankheitsdauer bilden sich immer neue eruptive Elemente und bleiben sich immer gleich: niemals kommen wirkliche Blasen zur Beobachtung. Die Kranken sind Schwangere oder Wöchnerinnen." Diese wesentlichen Eigenschaften fehlen aber dem Heizmann-schen Fall.

Fast ebenso verhält es sich mit der Beobachtung von Boardman.[13] Hier handelte es sich um eine 26jährige Frau, die am 11. März 1884 wegen einer Hämorrhagie nach künstlicher Entfernung der Placenta ins Bostoner Krankenhaus aufgenommen ward. Da sie am 14. März hohe Temperatur, schnellen Puls, übelriechende Lachien hatte, so spülte man ihr den Uterus

[12] Über die Beziehungen der Impetigo herpetiformis zum Pemphigus. *Arch. of Dermatol.* New-York. Jan. 1878. pag. 37.

[13] W. E. Boardman, Fall von Impetigo herpetiformis. *Boston Med. and Surgical Journal.* Bd. III. No. 14, pag. 821. 2. Okt. 1884.

mit einer 2 ‰-igen Sublimatlösung aus. Dasselbe wiede
Morgen des nächsten und am Abend des übernächsten Tag
Ausspülung that man etwas Jodoform in den Uterus. Der
mit Verschlimmerungen und Besserungen bis zum 19. Mä
Tage die grofsen Labien und die innere und obere Fläch
sich stark röteten. Am 20. März bedeckten sich diese
vesikulo-papulösen und pustulösen Ausschlag, während di
Röte sich über das Gesäfs, die Schenkel, die untere Fl
und die Brüste ausbreitete. Auf dieser entzündeten Fläc
in gröfster Schnelle Papeln und Vesikeln. Auf dem Ru
einzelnen Elemente zusammen, die Epidermis wurde von e
serösen Ausschwitzung abgehoben, und es bildeten sich
die gröfser wurden und schnell barsten, wobei sie die u
in einem nicht ulcerierten, lebhaft geröteten, anfangs fe
zurückliefsen, später schuppten sich gröfsere und kleiner
Gesicht, Arme und Beine waren merklich ödematös. D
war auf der behaarten Kopfhaut, den Vorderarmen, den Bei
sehr stark. Patientin fühlte sich sehr krank. Das Leiden d
3 Wochen; die Genesung ging sehr schnell von statten.

Als ich 1885[14] über diese Boardmansche Arbeit ber
ich mich dahin, dafs der betreffende Ausschlag alle Zeich
matös-bullösen Dermatitis an sich trage und dafs er medik
septikämischen Ursprungs sei. Ich nehme auch jetzt
Standpunkt ein und bin sehr geneigt, namentlich die
Jodoform zu beschuldigen, da dieses Mittel ja bekanntlich
ausgedehntem Mafse vesiko-bullöse und erythematöse Aussc
hat. Aber ich fügte damals hinzu, dafs jene Beobachtung
ziehen sei mit dem bereits von Hebra und Kaposi un
Impetigo herpetiformis veröffentlichten Fällen, welche nach
Ausführungen von Besnier und Doyon[15] alle Merkmale einer
oder tropho-neurotischen Dermatitis an sich tragen; und ich
auf, ob jener Fall nicht vielleicht zu der neuen Gruppe de
infektiösen Erytheme zu rechnen sei, wohin er wegen
seines raschen Verlaufes, der Allgemeinerscheinungen
erkrankung zu gehören scheine. Nach einem eingehend
Impetigo herpetiformis jedoch kann ich diese Verschmelz
gutheifsen und kann den Fall von Boardman nicht der so
Zügen geschilderten Krankheitsgruppe anreihen. Denn de
sich erst nach der Geburt entwickelt und wies keine ze
mit umstehenden kleinen Pusteln auf, sondern war zu
erythematös desquamativer Natur, zeigte also weder die

[14] S. *Annales de Derm. et de Syphilogr.* 1885. pag. 2
[15] Franz. Übersetzung der Arbeit von Kaposi. Ba
Anm. 1.

Hautsymptome, noch den Verlauf der Impetigo herpetiformis. Man braucht übrigens nur die Bemerkungen zu lesen, mit denen Boardman seine Beobachtungen begleitet, um sich zu überzeugen, dafs er sich keine genaue Rechenschaft von der Bedeutung des Namens, unter dem er sie veröffentlichte, abgelegt hat. Wörtlich sagt er, sein Fall scheine ihm zu der kleinen Gruppe von Krankengeschichten zu gehören, die man seit einigen Jahren unter den verschiedenen Namen: Herpes gestationis, H. vegetans, H. pyaenicus, H. circinatus bullosus, H. impetiginiformis, Impetigo herpetiformis, Pemphigus pruriginosus veröffentliche.. Alle diese Ausdrücke scheinen ihm das nämliche zu bedeuten.

Ich will mich nicht bei weitern, fälschlich für Impetigo herpet. ausgegebenen Fällen aufhalten[16]; an den angeführten Beispielen wollte ich nur zeigen, wie man auserhalb der Wiener Schule dieses Leiden völlig verkannt hatte. Ich glaube, dafs auch Duhring einen ähnlichen Irrtum beging, indem er es mit der pustulösen Varietät seiner Dermat. herpetif. identifizierte. Seit 1885[17] habe ich gegen diese Verwirrung protestiert, und die Wahrnehmung machte mich glücklich, dafs Kaposi in seiner Arbeit meine Ansichten teilt und dafs er mir die Ehre anthut, meinen Artikel meinem ausgezeichneten Lehrer E. Besnier zuzuschreiben.

Es erscheint in der That unmöglich, die Impetigo herpet. Hebra mit der pustulösen Varietät von Duhrings Derm. herpet., d. h. mit meiner Dermatitis polymorpha pruriginosa chron. zu identifizieren. Die einzigen, ihnen gemeinsamen Merkmale bestehen darin, dafs bei manchen Fällen der D. p. p. chronica als eruptive Elemente Pusteln vorkommen, die sich zuerst mit einer zentralen Borke bedecken, und um die herum sich dann ein Kranz kleinerer Pusteln bildet, welches Verhalten, wie wir gesehen haben, der Impet. herpet. eigentümlich ist. Desgleichen kommen bei letzterer Erkrankung, wie bei der D. p. p. chron. erythematöse Plaques vor, Urticaria, Pruritus. Kann das aber ausreichen, um diese beiden Affektionen zu identifizieren? Bei der Dermatitis polymorpha pruriginosa handelt es sich um eine wesentlich polymorphe Dermatose; sie tritt in Anfällen auf, die keineswegs nur pustulös sind, selbst nicht in der sogenannten pustulösen Varietät; sie ist von heftigstem Jucken begleitet und dauert sehr lange, ohne das Allgemeinbefinden wesentlich zu beeinträchtigen; sie verschlimmert sich nicht während der Schwangerschaft, wohl aber ist das Gegenteil beobachtet. Die Impetigo herpetiformis dagegen ist von vornherein und während der ganzen Dauer ihres Bestehens aus Gruppen von Pusteln zusammengesetzt, die sich fortschreitend ausbreiten; sie tritt nur während der Schwangerschaft und des Wochenbettes oder im Gefolge einer eiterigen

[16] Vgl. die bereits angeführte Schrift von Kaposi. — Siehe auch die Mitteilung von A. R. Robinson. Hydroa, Impet. herpet., Dermat. herpet. *Journal of cutaneous and venereal Diseases.* Jan. 1885, von mir besprochen in *Annales.* 1885. pag. 241.

[17] Siehe *Annales de Derm. et de Syphil.* 1885. pag. 243.

Bauchfellentzündung auf; sie hat einen akuten oder subakut
endet gewöhnlich tödlich. Darf man, frage ich noch einmal,
der D. p. p. chron. bisweilen das eruptive Element der
beobachtet wird, diese beiden Krankheitsgruppen identifiz
nach Ätiologie, Verlauf und allgemeiner Symptomatologie so
einander verschieden sind? Ich mufs es daher entschieden
die Impet. herpet. von HEBRA-KAPOSI unter die D. p. p. mi
und werde sie, bis ich eines bessern belehrt bin, als Krankh
betrachten.[18]

2. Herpes gestationis.

Unter dem Namen Herpes gestationis ist seit den
MILTON (1872) eine ganze Reihe von Fällen veröffentlicht,
sich um einen polymorphen Ausschlag erythematöser, vesiku
Natur handelte, der immer von Jucken, Brennen und reifsen
begleitet ist, der besonders gern an den Ober- oder Un
beginnt. Dieser Ausschlag verläuft in Anfällen und stört
befinden nur wenig. Er tritt bei dazu geeigneten Frauen nu
einer Schwangerschaftsperiode auf, sei es in den ersten 3—
der Entbindung, sei es während der Schwangerschaft selbst.
hat die Neigung, immer schlimmer zu werden, je häufiger e
wiederholten Schwangerschaften befällt. Für gewöhnlich v
14—45 Tage nach der Entbindung, jedoch sind auch Fälle vo
Dauer bekannt.

Die Verwandtschaft zwischen diesen Fällen und denen
ist unverkennbar. Wenn man jener Krankheitsgruppe,
9 früher mitgeteilten Beobachtungen gehören, den Namen D
morpha pruriginosa chronica „à poussées successives" gibt,
wohl, will mir scheinen, den Herpes gestationis „Dermatite
prurigineuse recidivante de la grossesse" nennen.

Meines Erachtens sind diese Fälle sehr ähnlich denen
und er hat sehr mit Recht auf die nahe Verwandtschaft z
hingewiesen; ob man aber berechtigt ist, sie unterschiedslos
der Dermatitis herpetiformis einzustellen, das bedarf viellei
der Erwägung.

Ich ziehe es vor, auch diese Gruppe neben der D
weiteres als eine Krankheit sui generis zu beschreiben.[19]

(Fortsetzung folgt.)

---

[18] Die hier vorgetragenen Bedenken sind zum grofsen T
amerikanischen Dermatologen erhoben worden, unter ande
A. MORROW (New-York Dermatol. Society 23. Febr. 1886).
cutaneous and ven. Diseases. pag. 121. — SHERWELL, PIF
und Americ. Dermatol. Association. 2. Sept. 1887 u. s. w.

[19] Siehe im IV. Abschnitt dieser Arbeit die zusamme
sprechung dieser Ansichten.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Zur Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie und Prostatatumoren durch Elektrolyse, von Dr. L. Casper. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 23. 27.) Nach Analogie der Erfahrungen, die verschiedene Autoren mit der Elektrolyse bei Tumoren gemacht haben, hat C. dieselbe auch bei Prostatahypertrophie angewandt. Das Operationsverfahren, das er anwandte, ist folgendes: Der Patient wird auf die Seite gelegt, und zwar, will man den rechten Lappen elektrolisieren, auf die linke, und vice versa. Es werden 100 g einer 0,1prozentigen Sublimatlösung vom After aus in den Darm injiziert und dann die mit dem positiven Pol verbundene angefeuchtete 400 Quadratzentimeter grofse Platte auf den Bauch befestigt. Nunmehr geht man mit dem gut beölten Finger in den Anus ein, glättet etwaige Schleimhautfalten des Rectum und fixiert den für den Einstich zu wählenden Punkt. Alsdann wird die kachierte Platin-Iridium-Nadel, die mit einem Firnisüberzug versehen ist, mit der andren Hand neben dem im After ruhenden Finger bis zu dem fixierten Punkt geführt, dort ein wenig angedrückt und dann mit einem Ruck in der wünschenswerten Richtung in die Prostata eingestochen. Man verbindet nun den aus dem After hervorragenden Anteil der Nadel mit dem negativen Pol einer 12zelligen galvanischen Batterie, und nach Einfügung eines Galvanometers wird allmählich von 2 bis zu 12 Elementen eingeschlichen. So läfst man den Strom fünf Minuten einwirken, zieht dann die Nadel ein wenig, aber nicht so weit zurück, dafs die Spitze derselben den Stichkanal verläfst, um nun durch dieselbe Stichöffnung die Nadel in einer etwas veränderten Richtung von neuem vorzustofsen. Dasselbe wiederholt man nach weiteren fünf Minuten, so dafs jede Sitzung funfzehn Minuten dauert, und durch eine im Darm angelegte Stichöffnung drei verschiedene Stellen der Prostata elektrolysiert werden. Die angewandten Stromstärken betrugen 10—15 Milliampère. Das Einstechen der Nadel macht einen ganz minimalen Schmerz, während der Strom selbst, sobald er über 12 Milliampère betrug, ein leichtes Brennen und Stechen in der glans penis verursacht. Die elektrolytischen Sitzungen wurden in dem Befinden des Kranken angepafsten Zwischenräumen bis zu zwanzig mal und mehr wiederholt. Als Unterstützungsmittel der Kur werden die bisher gebräuchlichen Verfahren angewendet. Bei Blaseninsuffizienz wird regelmäfsig katheterisiert, und zwar wächst die Zahl der täglich vorzunehmenden Katheterisationen mit dem Quantum des Urinrückstandes in der Blase. Bei Katarrhen der Blase werden Ausspülungen vorgenommen. Gleichzeitig empfiehlt sich innerliche Verabreichung von Desinfizenzien, wie Salol, Bor, Benzoesäure etc.; bei den durch Kongestionszustände hervorgerufenen akuten schmerzhaften Ex

acerbationen des Leidens sind heifse Sitzbäder und Narc
Linderungsmittel. Hierzu bringt C. die Krankengeschichte
ihm auf diese Weise behandelten Fällen, von denen zwei
dritte ein wenig gebessert worden sind, während der vierte
beeinflufst wurde. C. kommt ferner zu dem Schlufs, dafs e
ad vitam mit der Operation nicht verbunden, dafs eine Em
befürchten ist. Entzündungen, Abscedierungen in der elektr
tata und in dem durchstochenen Rektum oder Blutungen
beobachtet worden. Fisteln entstehen dabei nicht. Die Vort
tion bestehen darin, dafs die Prostata kleiner wird, der Re
vermindert, die Zahl der Urinentleerungen geringer wird,
nachlassen und das Allgemeinbefinden sich hebt. Keine Auss
verspricht sich der Verf. 1. in den Fällen, in denen die P
im Dicken- als im Längen- und Breitendurchmesser vergr
demzufolge die Blasenwand in ausgedehnter Weise infiltriert h
mit übermäfsig ausgedehnter Blase; 3. in denen mit de
konzentrisch hypertrophierten Blase; 4. in denen, wo es sich
wuchs am Blasenhalse zu handeln pflegt.

Über Galvanopunktur der Prostata, von Dr. Biede
(*Deutsche med. Wochenschr.* No. 21.) B. macht darauf auf
er schon auf der Naturforscherversammlung in Eisenach i
über fünf von ihm derartig behandelte Fälle berichtet h
diesen Kranken hatten trotz regelmäfsiger Katheterisation ur
nicht zu irgend genügendem spontanen Urinieren gebracht v
was aber von der Galvanopunktur ab mehr oder minder
Besonders beweisend war die dritte Beobachtung bei ein
Mann mit chronischer Psoriasis und so bedeutender einseitig
dafs der Katheter beim Einführen stark seitlich abwich, und
ändert trotz sechswöchentlichen Katheterisierens. Nach zweim
punktur des vergröfserten Lappens verschwand unter gleichze
Rückgang dieser Vergröfserung jene Abweichung des Kat
neun Tagen. Die Messungen der Prostata nahm B. derart
quer abzählte, wie viel Fingerbreiten er auf die Zirkumfe
vom Mastdarm aus fühlen konnte, von einer bis zur andre
konnte; die Länge des Tumors von oben nach unten mafs e
Hintereinanderaufsetzen der Fingerkuppe.

Zur Behandlung des atonischen Unterschenkelge
Dr. Appenrodt. (Ebenda No. 24.) Bei der Behandlung der
geschwüre hält Verf. die Inangriffnahme des Geschwürs s
rationell, ehe nicht die Verhältnisse des ganzen Untersche
sind. Läfst man sich verleiten, die Ränder und den Grund
zu zerstören oder Zirkumzisionen zu machen, so wird man n
vergröfsern. Nach allen Erfahrungen und Erwägungen ve
einer Anzahl schwerer Fälle von atonischen Geschwüren mi

schen Veränderungen am Unterschenkel, die jahrelang erfolglos behandelt waren, die methodische Anwendung der Massage und kann er dieselbe nur dringend empfehlen. Ehe man die Massage beginnt, ist es notwendig, mehrere Tage lang das Geschwür, sowie auch den ganzen Unterschenkel zu desinfizieren und aseptisch zu verbinden, weil man sonst die im Geschwür haftenden und das Gewebe gewifs bis zu einiger Tiefe durchsetzenden infektiösen Stoffe in die Lymphbahnen hineindrückt und dadurch zahlreiche Abscesse und Furunkel erzeugt, die die Heilung in unangenehmer Weise verzögern. Man beginnt mit leichter Effleurage unter dem Knie und geht allmählich immer weiter rückwärts; jeder stärkere Druck ist anfangs zu meiden. Zum Einfetten benutzt man am besten das Lanolin; nach dem Massieren wird, wie vor demselben, gründlich abgeseift und desinfiziert und das Geschwür, sowie alle wunden Stellen mit Lanolin-Mullläppchen bedeckt, darüber kommt Seidenpapier und schliefslich eine Cambricbinde; bei weniger empfindlicher Haut kann man das Geschwür mit Jodoformgaze bedecken, meistens macht das Jodoform jedoch Erythem. Unter dieser einfachen Behandlung pflegt in kurzem das Glied erheblich abzuschwellen, das Nässen der ekzematösen Stellen aufzuhören und die ersten Granulationen im Geschwür tauchen auf. Immerhin geht trotz lebhafter Granulation die Überhäutung wegen der Kallosität der Ränder und der Unverschieblichkeit der Haut recht langsam vor sich, und man kann nun die Reverdinsche Transplantation machen, obwohl man bei einiger Geduld auch ohne dieselbe auskommt. Dafs die Massage auch nach der Geschwürsheilung noch länger fortgesetzt werden mufs, um Recidive zu verhüten und namentlich die versteiften Sehnen und Gelenke völlig zu lockern, ist selbstverständlich. Deshalb hält es A. auch für notwendig, von vornherein das Glied recht ausgiebig gebrauchen zu lassen, zumal die Tendenz zu ödematöser Schwellung sehr bald aufhört, und die Patienten schmerzfrei werden.

Über die Sozojodoltherapie auf rhinolaryngologischem Gebiet, von Dr. Fritsche. (*Therap. Monatsh.* No. 6.) Verf. hat auch 5 Fälle von Lues der Nase und des Kehlkopfs, zum Teil vergesellschaftet mit gummösen Affektionen des Velum und der Zunge, durch Insufflationen von Sozojodolquecksilber bei leichter interner Hg-Medikation völlig geheilt.

Zur Anwendung der Thallin-Antrophore. Dr. Altschul (ebenda) beobachtete in einem Falle bei der Anwendung eines 5 % Thall. sulf. enthaltenden Antrophor eine akute Cystitis und meint, dafs die 5 % anfangs vielleicht zu stark sind.

Über einen Fall von postvaccinaler Hauteruption, von Dr. G. Behrend. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 26.) In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 30. Mai stellte B. ein 8 Monate altes Kind vor, das am 16. Mai mit animalem Soff geimpft und am 23. Mai zur Revision vorgestellt wurde, und bei dem sich am Tage nach der Revision zunächst

an den Unterschenkeln, dann an den Oberschenkeln und in r
folge über den Stamm, endlich an den Armen und zulet
Knötchen zeigten, die sehr heftig juckten. Dieselben bi
flachen Scheiben um. Am Abdomen waren sie stellenweise
sie konfluierten. Auch die Schleimhaut des Mundes und der
an dem Krankheitsprozesse teil, indem sich hier flache
einem schmierig grauweifsen Belage entwickelten. Dafs es
Syphilis handelte, ging daraus hervor, dafs die Eruption
Rapidität über den ganzen Körper statt hatte, dafs dieselb
und dafs die Knötchen sich, wie das bei Syphiliden nie
flache Scheiben umwandelten, genau in derselben Weise,
dem Erythema exsudativum multiforme sehen. Von diese
sich der vorliegende Ausschlag aber durch seine Farbe, die
als die des letzteren, sowie durch das unerträgliche Jucke
Kind veranlafste, sich fortwährend zu scheuern und zu rei
bestätigt die vom Vortragenden schon früher ausgesproch
dafs postvaccinale Hauteruptionen entweder im Laufe der
oder vom 7. bis 9. Tage nach der Impfung aufzutreten p
man postvaccinale Früheruptionen und postvaccinale Spät
unterscheiden hat; im vorliegenden Falle handelt es sich al
Form. Interessant ist ferner, dafs es sich nicht um eine
Erkrankungsform, sondern um eine Mischform handelte.

Über 2 Fälle von Syphilis der Wirbelsäule und marksäule, von Dr. JÜRGENS. (*Deutsche Med. Wochenschr*
Verein für innere Medizin zu Berlin demonstrierte J. am
2 Präparate, wozu er bemerkte, dafs solitäre Erkrankungen de
ohne gleichzeitige cerebrale Syphilis äufserst selten sind;
eine syphilitische Caries der Wirbelsäule zu den seltensten V
Für die Bedeutung der syphilitischen Caries der Wirbelkörp
die besondere anatomische Formation in Betracht zu ziehe
Periost der Wirbelsäule nicht mit der Dura mater spinalis z
vereinigt ist, sondern ein reiches Fettgewebe beide wei
trennt. Dadurch kommt selbstverständlich das Übergreifen
Prozesse von den Geweben des Knochens auf die Rückenmark
leicht zu stande. Die pathologischen Prozesse der Schädelk
und der von ihnen umschlossenen Teile haben einen völlig
Modus der Ausbreitung, als durch die Verschmelzung der
mit dem Periost des Schädeldaches zu einem Blatt ein
leichter von Teil zu Teil und unmittelbarer ermöglicht wird
geht die Syphilis des Schädeldaches leicht auf die Dura
Pachymeningitis wird leicht dann eine Arachnitis inszenie
wuchert eine Gummosität, vom Knochen ausgegangen, in
Hirnhäute durchsetzend bis tief in die Hirnsubstanz hinein.
Häufigkeit der syphilitischen Wirbelerkrankung angeht,

ieselbe bei Erwachsenen aufserordentlich selten; dagegen tritt sie konstant uf bei der Syphilis congenita. Schwerere Formen von syphilitischer Caries kommen freilich auch hier selten vor; aber konstant ist jene von en Wachstumszonen ausgehende kongenitale Osteochondritis und Periostitis yphilitica auch an den Wirbelknochen zu beobachten. Der erste Fall, den . demonstrierte, betraf ein Beispiel von Caries syphilitica vertebralis, die u einer Spontanfraktur führte, welche eine Quetschung des Rückenmarks ur Folge hatte. Eine auffallende und vielfach beobachte Thatsache ist es, dafs sehr häufig bei schwerer Syphilis des Zentralnervensystems oder es Schädeldaches anderweitige Erkrankungen des Körpers gleicher Art ast gänzlich fehlen. In dieser Beziehung zeichnet sich auch dieser Fall us. Schwere syphilitische Erkrankungen waren in den übrigen Organen es Körpers auch hier wenig vorhanden. Erst nach sorgsamer Untersuchung anden sich neben einer leichten Narbe an der Niere 2 frische Gummosiäten der Leber, von denen die eine kirschen-, die andre erbsengrofs war. In der Krankengeschichte wird erzählt, dafs die Frau ihren Sohn, in der Absicht ihn zu strafen, geschlagen habe und nach dieser brüsken Handbewegung plötzlich umgefallen sei. Die Sektion ergab eine Spontanfraktur des 3. Halswirbelkörpers. Die Bruchstücke teils sklerotisch, teils mit frischen Gummositäten durchsetzt, eingedickte spärliche Eitermassen mit starker Verfettung; fibröser dichter Callus der Intervertebralscheiben und des Periostes. Die spezifische Erkrankung hatte sich lediglich auf den Wirbelkörper beschränkt; die durch die Fraktur bedingte Dislokation bewirkte Quetschung des Markes, dessen Häute boten syphilitische Erkrankung nicht dar. Der 2. Fall zeigte in der Region des Halses und Brustmarkes eine ausgedehnte Pachymeningitis und Arachnitis spinalis adhaesiva gummosa. Zahlreiche kleine, meist stecknadelkopfgrofse Gummiknoten, von denen nur einzelne Hanfkorngröfse erreichen, sitzen auf der Innenfläche der Dura spinalis und in den Adhäsionen, durchsetzen zahlreich die weiche Rückenmarkshaut und dringen an einzelnen Stellen in das Mark selbst vor. Die Häute sind im ganzen schwielig und speckig verdickt, das Rückenmark weich und stellenweise von gelblichgrauer Farbe. Im untern Teil der Medulla oblongata verliert sich allmählich die Erkrankung; Pons, Hirn und Hirnhäute, sowie Schädeldach, insbesondere die ganze Wirbelsäule intakt.

Berlin. L. Hoffmann.

Frankreich.

Einen Fall von **Gesichts-Erysipel**, das sich spontan bei einem Gefangenen nach einem einmonatlichen Aufenthalte im Zellengefängnis entwickelte, berichtet E. Laurent (*Gaz. méd. de Paris.* 1888. No. 3). Bei der strengen Isolierung des Gefangenen, der in seinem Leben bereits 7—8 mal Erysipel gehabt hatte, wie er angibt, ist es schwer, die Art oder

den Termin der Infektion zu bestimmen. Wenn der Pati
Strafantritt infiziert war, folgert L., so dauert das Inkubatio
Monat.

Ob **Lupus oder Syphilis hereditaria tarda**, blieb
tation eines jungen Mädchens in der Lyoner Soc. des scie
26. Oktober 1887 unentschieden. Vor 3 Jahren entstand e
auf der äufsern Seite des Zeigefingers. Caustica waren ohn
nahme mit dem Messer und Kauterisation der Wunde.
Vegetationen von unten nach aufwärts ansteigend, entlan
gefäfsen, den Rücken der Hand und teilweise den Vorderar
überall daselbst adhärierende Krusten, auf Druck einige
Nichts in den Antecedentien der Patientin, keine Syphilis de
Skrofulose in der Kindheit. Gegen Hauttuberkulose spricht,
der die Patientin vorstellte, meint, der Beginn der Affektion
zwischen Lupus oder Syphilis hered. tarda, wofür Dida
Augagneur dagegen hält die Affektion für in die Kate
tuberkulose gehörig. Entweder durch das bei der Abtrag
benutzte Instrument oder durch eine andre äufsere Urs
tuberkulöse Inokulation und folgende Hauttuberkulose an.
Achseldrüsen, und sicher existiert eine retikuläre Lymph
Antecedentien für Syph. hered. tarda; auch fehlen andr
Hautsyphilis; auch keine Daktylitis. Lupus erythemat. oder e
anders aus. (*La Prov. méd.* 1887. No. 44.)

Einige Punkte in der **Tripperbehandlung** betitelt
einen Aufsatz (*Prov. méd.* 1887. No. 44). Keine prolongie
die wohl den Schmerz verringern, aber öfter auch den Ausf
Keine kalten Sitzbäder; lauwarme genügen. Gegen Ere
einmal 3,0 Antipyrin an einem Tage mit gutem E
(s. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1888. pag. 196), ob propter hoc, lä
und fordert zu ferneren Versuchen auf. B. ist ferner g
Trinken von Flüssigkeiten. Balsamica gibt er gleich bei Begin
Als das beste sieht er das „Opiat von Kopaivabalsam und
In der Formel aber kommt kein Opiumvor; sie heifst:

Cubeb. pulv. 9,5
Copaiv. 4,0
Tr. Menth. gut. nonnullas.

Diday rät stets, die Kubeben erst im Moment der
pulverisieren zu lassen. Dieses Präparat überragt alle E
B. rät es intra coenam dreimal täglich zu geben;
weniger den Magen. Ev. ein Adstringens gleichzeitig gege
Durchfälle.

Bei Cystiden eventuell abortive Arg.-nitr.-Injektion
oder Pikrinsäure 1 : 100. Wer durch wiederholte Infektion

ner Cystitis genau signalisieren kann, mag es versuchen. Der Erfolg ist sicher.

Die Therapie der subakuten, der chron. Blennorhagie und der Blennorrhöe" kommt gar zu kurz und stiefmütterlich dabei weg.

Lupus der Nase hat RAFIN (Lyon) mit sehr gutem Erfolge mit cid. lact. 80 : 100 Aqua nach MOSETIG-MOORHOFF behandelt. Die unverinnte Milchsäure kann wegen ihrer Konsistenz nicht leicht in die Gewebe ndringen. MOSETIG-M. hält für den Vorteil seines Verfahrens, dafs es nur e kranken Gewebe, nicht die gesunden angreift, derselbe Vorzug, den OLKMANNS scharfer Löffel hat. (*La Prov. médic.* 1887. No. 45.)

München. PAULY.

Amerika.

Einfluſs der Diät bei der Behandlung von Hautkrankheiten, on Dr. GEORGE HENRY FOX. (*The dietetic Gazette.* January 1888.) Die Vichtigkeit der Diätfrage bei der Behandlung von Hautkrankheiten wird war niemals geleugnet, jedoch nur selten in ihrem vollen Umfange gewürdigt. Jeder Arzt, der ein entzündliches Hautleiden, ohne die sorgltigste Nachfrage über Diätverhältnisse anzustellen, behandelt, ist in ewissem Grade eines Kunstfehlers schuldig, und Dr. FOX steht nicht an u behaupten, dafs dergleichen Versehen nicht ganz selten sowohl ihm elber als auch andern vorgekommen sind. Erst in letzter Zeit ist es ihm öllig bewufst geworden, dafs in vielen Fällen die Diät einen weit gröfseren Einfluſs auszuüben imstande ist als Medikamente. Sowohl beim durchschnittichen Gesundheitszustand als auch ganz besonders bei Patienten, welche n entzündlichen Hautleiden erkrankt sind, ist es durchaus notwendig, gewisse Nahrungsmittel auszuschliefsen. Der relative Nährwert von animalischer und vegetabilischer Nahrung ist lange ein Gegenstand von Kontroversen gewesen. Dr. F. hat auch gegen die prädominierende Ansicht, dafs eine gemischte Kost die zweckmäfsigste sei, nichts einzuwenden. Aber gegen die sehr verbreitete Anschauung, dafs Fleischnahrung zur Förderung der Gesundheit und des Kräftezustands durchaus unentbehrlich sei, legt erganz energischen Protest ein. Seine Erfahrungen führen ihn darauf hin dafs die Mattigkeit, Verdauungsstörungen, Kopfweh, Verstopfung und Niedergedrücktheit, an denen so viele Menschen leiden, zum grofsen Teil auf übermäfsige Zufuhr albuminoider Nahrungsmittel (Fleisch, Milch, Eier) beruhe.

Dr. F. hat wiederholentlich wahrgenommen, dafs die Fleischnahrung die Fähigkeit besitzt, Hauthyperämie bei entzündlichen Ausschlägen noch zu steigern, wogegen ihm bisher noch kein Fall einer Hautkrankheit vor-

gekommen ist, bei der durch Hafer- oder Buchweizenkuch
schlimmerung verursacht worden wäre.

Es sind nur wenige Hautaffektionen, welche nicht mehr
einen neurotischen Charakter bezitzen, und in vielen Fällen
mehrte Darreichung von fettem Fleisch, Rahm, Butter oder L
zur Herstellung eines gesunden Hautzustandes beitragen, denn
Bestandteil der Nahrung derjenige, welcher am häufigsten in
Menge verabreicht wird. Um den Ernährungszustand der H
ist es erforderlich, dafs der Stoffwechselprozefs ohne Unter
statten gehe. Wenn alkoholische oder andre Reizmittel in g
titäten verbraucht werden, so tritt eine Stockung in diesem
Vorgange der Auswechselung oder Neubildung des Gewebes
verschiedenen Körperorgane erleiden eine Verzögerung ihre
tionen. Die Wirkung von Bier bei Ekzem ist ebenso mar
Gonorrhöe; der Verf. erachtet es für oft weniger schädl
Patienten eine ganze Flasche Wisky (Haferbranntwein) als
Glas Bier zu trinken.

Syphilis, von Dr. E. C. Yeman. (*The Medical Age.* Detr
Wenn man das Vorhandensein eines syphilitischen Virus
betrachten darf, so mufs damit die Auffassung des Schan
primäre Affektion hinfällig werden; solange indes diese sub
nisse nicht völlig nachgewiesen sind, ist man immerhin berech
„primären Läsion" zu sprechen.

Welcher Art soll nun demnach die Behandlung dieser
Soll sie aktiv eingreifend oder mehr konservativ sein? Die
betroffenen Gewebe ist schon vielfach in Anwendung gekomm
auch warm empfohlen, jedoch wird dieselbe kaum noch allg
Wenn, wie von einigen Beobachtern behauptet wird, die Ent
Syphilis im Organismus sich durch sich selbst begrenzt, so ka
mäfsigkeit dieser Methode doch füglich kaum verfochten we
hinwieder der Schanker eine reine Hyperplasie darstellt, was dur
erscheint, so wäre doch wohl das Quecksilber angezeigt, um
zu bekämpfen, ehe eine allgemeine Infektion Platz greift. Au
lauten die Antworten teils bejahend, teils verneinend, doch
dem Verfasser das negierende Urteil mehr Beweiskraft zu be
man mit Sicherheit aus einer Induration auf Syphilis schliefs
fehlbar eine allgemeine Infektion auf jeden Schanker?

Verfasser hält dafür, dafs man nur dann berechtigt ist
litische Therapie vorzunehmen, wenn die Syphilis mit Sich
weisen ist. Will man indessen den Schanker mit internen
behandeln, so sei eins der Quecksilbersalze am Platze. D
Syphilis bietet ein umstrittenes Gebiet dar, auf dem in der
Verschiedenheiten sich begegnen, manchmal ohne dafs die Gri
abweichenden Ansichten besonders sorgfältig geprüft worden

Ein Mittel, das viele Arzte in grofsen Quantitäten, und zwar oft mit n übelsten Folgen für die Patienten, verschreiben, ist das Jodkalium, von m auch a priori keine besondere Wirkung zu erwarten ist.

Allen andern Mitteln voran steht bei der Behandlung des sekundären adiums vom Standpunkt der vernünftigen Überlegung aus betrachtet das uecksilber, vorzugsweise das Protojodid desselben. Dagegen ist das Jod- lium eben so handgreiflich indiziert im Stadium der Nekrose, wenn der usammenhang der Gewebe sich zu lösen beginnt, d. h. im sogenannten rtiären Stadium.

Das Ichthyol in der Chirurgie, von Dr. Edward Martin. (*Medical ews.* Philadelphia, 11. Febr. 1888.) Nach einer Besprechung der von HWENINGER, Lorenz, Unna, Agnew, Stelwagon u. a. publizierten günstigen richte über dieses Mittel schildert Verfasser seine an den folgenden Fällen wonnenen Erfahrungen:

1. Bei sechs Fällen von Lymphadenitis cervicalis trat absolut keine sserung ein; Heilung wurde schliefslich durch Anwendung von Jod oder s Messer herbeigeführt.

2. Bei fünfzehn Fällen ausgesprochener entzündlicher Verhärtung der ubkutanen Gewebe trat ausnahmslos schleunige, manchmal sogar fast auberhafte Besserung ein, sogar nachdem andre Mittel sich als erfolglos wiesen hatten.

3. Zwei Fälle von Furunculosis blieben unbeeinflufst.

4. Bei Phlegmone (ein Fall) erwies sich das Ichthyol wirkungslos; es urde doch ein operativer Eingriff nötig; dabei fanden sich Staphylokokken, ber keine Ketten.

4. Von vier Fällen, bei denen Schmerzen das hauptsächliche Symptom er Entzündung bildeten, erzielte das Mittel bei drei Patienten einen vollen Erfolg, blieb dagegen beim vierten ohne Wirkung.

6. Sofortige Heilung trat bei einem Fall von Kopferysipel ein. — Dieser letzte Fall, bei welchem Verfasser eine dicke Lage Ammonium- chthyolat mit Vaseline zu gleichen Teilen anwandte, ist in extenso be- chrieben. Sonst hat Verfasser stets eine 10% Lanolinsalbe gebraucht, fügt ber hinzu, dafs mit einer stärkeren Mischung bei den Adenitisfällen sich vielleicht ein günstigeres Resultat ergeben haben würde.

Die Affektionen, bei denen sich das Mittel nützlich erwiesen hat, lassen sich bei genauerer Betrachtung in zwei Klassen einteilen:

1. Solche, die durch entzündliche Hyperplasie charakterisiert sind.

2. Affektionen, welche als Hauptmoment Schmerzen peripheren Ursprungs und meist auf Entzündung oder Kongestion beruhend aufweisen.

Soll man die Syphilis während der Anfangsstadien behandeln? Dr. E. B. Bronson hebt in einem Vortrag, gehalten vor der N. Y. Academy of Medicine, 1. März 1888, hervor, dafs die Begriffe „prophylaktische" Be- handlung und „abortive" Behandlung nicht notwendigerweise miteinander

zusammenfallen. Insofern uns das Grundwesen der Syphilis noc
ist und wir kein radikales Heilmittel derselben besitzen, müs
Forschen nach weiteren wirksameren Mitteln zur Bekämpfung d
in gewissem Grade von theoretischen Überlegungen leiten lasse

Verfasser wirft die Frage auf, ob die bei dem jetzige
unsrer mangelhaften Kenntnis der Syphilis zu Gebote stehenden
derart seien, dafs eine eingreifende, prophylaktische Therapie
Primärstadiums vergeblich und absolut aussichtslos erscheine
gäbe viele Ärzte, welche diese pessimistische Ansicht hegten.

Man könne nun diese Frage vom theoretischen oder vom
Standpunkt aus besprechen.

Durch keine andre Theorie sei das Wesen der Sy
befriedigender Weise erklärt, als durch die Annahme eines
Mikroorganismus. Jedoch sei, selbst wenn sich diese Theorie
sollte, damit noch nicht der Beweis erbracht, dafs prophylaktisch
erfolgreich sein müfsten.

Es erscheint nach Dr. B. auf Grund sowohl theoretische
als auch der klinischen Vorkommnisse wahrscheinlich, dafs das
Virus vorübergehend an der ursprünglichen Berührungsstelle
das Leiden somit während dieser Zeitdauer lokal und nicht
ist. Nach kürzerer oder längerer Zeit werden von diesem H
benachbarten Lymphdrüsen affiziert und auf diese Weise
Organismus.

Die hauptsächlichsten Mittel, welche bei der aktiven Meth
des Primärstadiums bisher in Anwendung kamen, waren
Kauterisieren. Zur Erklärung der Ursachen, weshalb diese
wendigerweise sich als erfolglos erweisen mufste, führt Red
Ansicht aus, dafs die Infektionsstelle, schon ehe sie sich zum Pr
ausgebildet, bereits Gewebe infiziert haben kann, welche
gröfseren Entfernung nicht mit dem Messer oder dem Ätz
werden, dabei braucht man noch gar nicht einmal an die
Lymphdrüsen zu denken.

Ferner besprach Dr. B. die Einwände, welche man gegen ei
behandlung während des ersten Stadiums geltend gemacht hat.
ist der hauptsächlichste der, dafs eine solche Therapie nur
sein könne, und es aufserordentlich zweifelhaft sei, ob innerlich
Medikamente das zu dieser Zeit noch völlig lokalisierte Gift
vernichten könnten.

Vortragender ist der Ansicht, dafs das bei der Allgeme
der Syphilis als zuverlässig erachtete Mittel während des Pr
weit eher mittels direkter Applikation in Stand gesetzt werde
Mikroorganismen der Krankheit zu vernichten, als auf dem
Medikation. Indes fehlen für diese theoretische Ansicht noch d
Beweise.

Die Merkuranwendung läfst Verfasser sowohl als Inunktion wie auch mittels subkutaner Injektionen in die Lymphdrüsen in der Umgebung des primären Geschwürs ausführen. Diese regionäre Behandlungsweise könne füglich auch als konstitutionell bezeichnet werden.

Vor der Diskussion über diesen Vortrag des Dr. B. erwidert derselbe auf eine diesbezügliche Anfrage, dafs diese Methode von ihm auf Grund theoretischer Überlegung instituiert worden sei. Er habe sie bisher in einigen Fällen angewandt, indes sei die Diagnose und die Anwendungsweise dieser Therapie zu unzuverlässig um irgend welche sicheren Schlüsse ziehen zu können.

Einige merkwürdige Folgen des Chinins. (*The Medical Herald.* Louisville Ky. März 1888.) Dr. Lee Jenkins hatte im Dezember einem an schwerer Interkostalneuralgie leidenden Patienten Pulv. Doweri und Chinin aä 0,9 im Laufe von 24 Stunden refr. dos. zu nehmen verordnet. Beim nächsten Besuch beklagte sich Patient über die Verordnung, weil Chinin erfahrungsgemäfs eine nachteilige Wirkung auf seinen locus minoris resistentiae, den Penis, ausübe. Bei der Untersuchung fand sich die Vorhaut stark ödematös, rot und glänzend. Die Körpertemperatur betrug ca. 36,5° C. der Puls 96. Die Cutis des Gliedes war von einem papulösen und exanthemartigen Ausschlag bedeckt, der völlig zirkumskript und konfluierend von hellrosaroter Farbe war. Dabei unerträgliches Jucken und bräunliche Verfärbung der Haut. Die hiervon am meisten betroffenen Stellen waren die Streckseiten der Vorderarme, der Hände, die Haut zwischen den Fingern (Schwimmhaut), ferner beiderseits die Hohlhand und Fufssohlen, sowie die Innenfläche der Oberschenkel. Patient war sehr nervös erregt und zitterte deutlich beim Versuche sich zu bewegen. Nach 20 Stunden begannen diese Symptome nachzulassen und waren am folgenden Tage vollständig verschwunden. Ganz die nämlichen Erscheinungen will Patient bei früheren Gelegenheiten als Wirkung des Chinin an sich erfahren haben.

Acht Tage später erzielte Dr. J. durch zweistündliche Gaben von Chinin zu 0,18 bis zum Verbrauche von 0,90 zum zweiten mal genau dieselben Erscheinungen.

Über die Anwendung des Lanolins mit Borsäure bei gewissen Hautkrankheiten der Kinder. (*The Boston Medical u. Surgical Journal.* 23. Febr. 1888.) Dr. Russel Sturgis empfiehlt aufs wärmste diese Verbindung zur Behandlung von Gesichts- und Kopfekzem (E. squamosum, E. rubrum), desgleichen bei Intertrigo und bei der leichten Form der Seborrhoea, die häufig an der Stirn und um Nase und Kinn vorkommt.

Bei Ekzem des Gesichts und Kopfes — z. B. wenn sich etwa eine wunde Fläche auf den Wangen darbietet und desgleichen auf der Kopfschwarte, wo dieselbe dann meist durch schmutzig gelbe Borken und Krusten bedeckt ist — läfst Dr. S. alles in der gewöhnlichen Weise reinigen. Wenn die somit bloßgelegte Fläche sehr reichlich sezerniert, läfst er nun während der ersten 48 Stunden sehr fein pulverisierte Borsäure aufstreuen. Zunächst

äufsert sich die Wirkung des Pulvers in einer vermehrten serösen Flüssigkeit, nach 24 Stunden jedoch erscheint diesel vermindert. Nach gründlichem aber sorgfältigem Abwasche der ganzen bepuderten Fläche die Entzündung erheblich Alsdann soll die Borsäure morgens und abends appliziert w jedesmal die alte Masse zuvor abgewaschen worden ist. S imstande ist Salben zu vertragen, verschreibt Verfasser A Lanolin 30,0. —

Bei Gesichtsekzem behandelt Dr. S. die nach dem Rötung und der sonstigen Zeichen der akuten Entzündung Induration mit täglicher Inunktion mit reiner Aquine. E dahingestellt sein, ob das Lanolin an sich die Wirkung herv dieselbe auf die dabei geübte Massage, bei der das La Emolliens dient, zurückzuführen sei.

Für Ekzema squamosum empfiehlt er in Fällen mi Induration, gleichgültig ob mit oder ohne Rhagaden, zunächs durch tüchtiges Reiben mit Olivenöl und Abwaschen mit (C entfernen. Nach völliger Reinigung wird morgens und aben salbe (Acid. salic. 0,30—1,0, Lanolin 30,0, je nach dem Grade energisch eingerieben. Dr. S. hält diese Methode für weniger schmerzhaft als die Anwendung stärkerer Alkalie cadin. Ihre ausgesprochene Wirksamkeit schreibt er der Eigenschaft des Lanolins und der allein dadurch ermöglicht Salicylsäure in die tiefer gelegenen Gewebe zu.

Verfasser hält ferner das Lanolin für ein zuverlässi Linderung des Juckreizes bei chronischer Urticaria.

New York. TILDI

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI in Felsberg.)

Aus der Praxis.

No. 28. Hat einer der Herren Kollegen Erfahrung dar gröfsere **Feuermäler** weniger sichtbar macht? Kann man leicht tätowieren?

Dr.

Wir haben Ihre Frage an unsern englischen Korresp gegeben, weil man sich in England mehr mit der Entfern mälern beschäftigt als in Deutschland.

Die

No. 29. Wären Sie so freundlich, in den *Monatsheften Dermatologie*, unter der Rubrik „Aus der Praxis“ eine B **Behandlung der Leukoplakia oris** zu veranlassen?

Dr

Das Thema der Leukoplakie ist ein noch zu wenig gesichtetes, um es unter dieser Rubrik annähernd auch nur nach der praktischen Seite zu erschöpfen. Ich kann Ihnen daher nur meinen persönlichen Standpunkt in den Hauptfragen mitteilen, indem ich hoffe, dafs ihre Anregung einen Berufeneren veranlafst, dieses interessante Thema von neuem, besonders histologisch, zu bearbeiten.

Zunächst glaube ich mit Schwimmer, dafs nicht wenig Fälle vorkommen, in welchen sich ohne vorangegangene konstitutionelle Syphilis auf der Backen-, Zungen- und Lippenschleimhaut bläulich weifse bis silberweifse mehr oder weniger ausgedehnte, derb anzufühlende, schmerzlose Platten bilden, welche im Niveau der Schleimhaut liegen oder dieselbe etwas überragen. Denjenigen gegenüber (Kaposi), welche in allen diesen Fällen das Vorausgehen einer Syphilis annehmen, gebe ich jedoch so viel zu, dafs die Syphilis, sei sie geheilt oder noch bestehend, stets die Tendenz zur Bildung dieser weifsen Platten sehr erhöht. Die gewöhnlichsten Fälle sind eben solche, in welchen 10—20 Jahre nach dem Überstehen einer vielleicht sogar sehr leichten Syphilis trotz späterer durchaus gesunder Nachkommenschaft, aber bei starker Neigung zum Rauchen, zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre die Affektion auftritt. Auf das Moment des Tabakrauchens lege ich bei der Leukoplakie den allergröfsten Wert, und erkläre mir durch das Fehlen desselben die Seltenheit der Affektion beim weiblichen Geschlecht.

Die zweite Frage von praktischer Wichtigkeit ist diejenige der Heilbarkeit der Leukoplakie durch antisyphilitische Mittel. Unter den Fachkollegen besteht eigentlich kein Zweifel über die Unwirksamkeit einer allgemeinen antiluetischen Therapie, dagegen findet sich bei vielen praktischen Ärzten eine Unklarheit über diesen Punkt. Nach meiner Ansicht haben wir die Leukoplakie, selbst dann, wenn Syphilis vorhergegangen ist, nie als eine eigentliche syphilitische Affektion zu betrachten. Die Syphilis prädisponiert nur die Mundschleimhaut, wie auch andre Gewebe, zu ganz bestimmt neuen Erkrankungen, welche dann allemal eines neuen ätiologischen Momentes zu ihrem Auftreten bedürfen. Das Hauptbeispiel für solche „postsyphilitische" Affektionen bietet die Tabes, resp. die Dementia paralytica nach vorher bestandener resp. geheilter Syphilis. Wie das Nervensystem hierzu bestimmter Reize, z. B. Erkältung, Überarbeitung, so bedarf die Mundschleimhaut lokaler Reize durch schlechte Zähne, durch mangelhafte Mundreinlichkeit, hauptsächlich durch die übermäfsige Einwirkung des Tabaks. Mit dieser Auffassung harmoniert die Thatsache, dafs nur eine lokale, zweckmäfsig gewählte beharrlich angewandte Therapie dieses hartnäckige Leiden zu bessern oder in einigen günstigeren Fällen zu beseitigen im stande ist. Ich erinnere mich auch nur eines Falles von ausgebreiteter Leukoplakie der Zunge, in welchem das monatelange Trinken von Chromwasser, welches von einigen als Antisyphilitikum angesehen wird, allerdings bei Vermeidung des Rauchens zu fast vollständiger Beseitigung der Affektion führte.

Empfehlen kann ich jedoch nur folgende Thera
Erfahrung.

Als bestes Ätzmittel betrachte ich die konzentrierte
von Chromsäure (nach PAGET). Wo eine energische Th
wird, ist die oberflächliche Kauterisation mit dem Paqueli
nachträglicher Behandlung der sich abschälenden Partie
Lösung von Chromsäure oder Höllenstein. Jodoform, Subl
stein allein haben mir keine zufriedenstellenden Resultate

Was den dritten Hauptpunkt von eminent praktisch
belangt, so glaube ich, dafs die Leukoplakia linguae aller
nom prädisponiert, aber nur in jenen schwersten und
vernachlässigten Fällen, in welchen ausgebreitete Rhagade
der Zeit einstellt. Ich glaube nicht an den direkten Übe
plakie in Krebs, sondern nur an ein Verhältnis derart,
Zungenbewegung, Mundflüssigkeiten, Speisen beständig g
sehr schmerzhaften Einrisse der Zungenschleimhaut dem
Ansiedelungsorte dienen. Ich rechne daher die Pflege der
schieden zur Prophylaxe des Zungenkarzinoms.

No. 30. a. Halten sie es für praktisch möglich un
richtig, **Salze**, und zwar speziell die zu Bädern verwendet
Mutterlaugen befindlichen, **in Seife zu inkorporieren?**

b. Glauben Sie, dafs, wenn die Schwierigkeiten der H
Seifen überwunden sind, dieselben bei der Behandlung de
wesentliche Resultate liefern werden?

Antwort der Redaktion. Es ist durchaus nicht un
und andre neutrale Salze in gröfserer Menge einem Seif
leiben. Es waren sogar eine Zeitlang Seifen im Handel,
sonst zum Abscheiden der Kernseife dienende Salzlösung d
des hierzu sehr brauchbaren Seifenleims aus Kokosöl direk
körper aufgenommen wurde; natürlich gehören diese mit Sa
Seifen zu den denkbar schlechtesten, die nicht einmal zu
geschweige zur Grundlage einer medizinischen Seife zu
Wenn statt des gelatinierenden Seifenleims aus Kokosöl e
Talg oder andrem tierischen Fett genommen wird, wie es
nischen Basisseife notwendig ist, so kann allerdings auch
eine Quantität trockener Salze (Kochsalz, Soda, Jodnat
dem Seifenkörper inkorporiert werden. So müfsten in der Th
sog. Jodsodaseife, Bromnatrium- und Kochsalz- etc. Seifen

Wenn Sie mich aber fragen, ob ich diesen Seife
erheblichen Wert für die Behandlung der Hautkrankhe

muſs ich Ihnen antworten, daſs die Seifenform für die genannten Salze eine wissenschaftlich und praktisch irrationelle ist. Sie werden sich wohl einmal gelegentlich im Seebade mit Seife gewaschen und bemerkt haben, wie schwer sich eine gute Seife mit Salzwasser verschäumen läſst. Ganz natürlich, da das Salzwasser die sich lösende Seife beständig wieder niederschlägt. Ganz derselbe Kampf zwischen Salz und Seife entsteht aber beim Lösen einer salzhaltigen Seife auf der Haut.

Weder Seife noch Salz gelangen hier zu ihrem Recht. Die gute (neutrale) Seife nicht, weil sie nicht genügend schäumt und eindringt; das Salz anderseits würde viel besser auf die Haut wirken, wenn die letztere erst mit Seife entfettet, die Seife wieder von der Haut abgespült und dann mit Salz behandelt würde.

Das Gesagte bezieht sich auf diejenigen Salze der Alkalien, welche sich mit Seifen nicht umsetzen können, wie Jodnatrium, Bromnatrium etc. Nun wäre es aber viel interessanter und wichtiger, ein Salz der Seife zu inkorporieren, welches, wie neulich von Lier gezeigt wurde, in der Kreuznacher Mutterlauge die Hauptrolle spielt, das Chlorcalcium. Während die Darstellung von Seifen mit obigen Salzen wenigstens möglich ist, gehört leider einer Chlorcalciumseife zu den faktischen Unmöglichkeiten. Denn natürlich setzt sich Chlorcalcium mit jeder Seife sofort in eine Kalkseife und Chlornatrium resp. Chlorkalium um, und anstatt des erwarteten suspendierten Chlorcalciums hat man in dem Gemische neben ausgeschiedenen Kochsalzkristallen das für das Schäumen unbrauchbare Kalkoleat und müſste, um eine derartige Seife überhaupt zum Schäumen zu bringen, zu dem ganz schlechten Auskunftsmittel des Zusatzes von Kokosseife schreiten.

Die Vorzüge unsrer salzhaltigen Thermen beim Bade werden sich also nach meiner Ansicht niemals annähernd durch den Gebrauch von entsprechenden Salzseifen substituieren lassen. Unna.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Barduzzi. *Sul valore della reazione acida del pus blenorrhagico.* (Ebenda.)

Martinotti. *Le sostanze resinose e la conservazione dei preparati microscopici.* (Zeitschr. f. wissensch. Mikroskopie u. f. mikroskop. Technik. Bd. IV. 1887.)

— *Un metodo semplice per la colorazione delle fibre elastiche.* (Ebenda.)

Martinotti e Gesegotti. *Un metodo per rendere evidenti le figure cariocinetiche.* (Ebenda.)

Klotz. *On the Adventages of a Compound Salicylated Plaster in Dermatological and Surgical Practice.* (The New York Medical Journal. 1887. Septbr. 17.)

— *On the Occurence of Ulcers resulting from Spontaneous Gangrene of the Skin during the Later Stages of Syphilis, and their Relation to Syphilis.* (Ebenda. 1887. Okt. 8.)

VALLAS. *Sur les ulcerations tuberculeuses de la peau.* Pa
LIÈRE et Fils.
BRONSON. *A study of the considerations relating to the C
Skin Diseases.* (Journal of Cutaneous and Genito-Ur
Vol. V. Okt. 1887.)
MIBELLI. *Sulla combinazione del lupus col carcinoma.* (Atti
demia dei Fisiocritici di Siena. Serie III. Vol. 4. 1887.)
EISENLOHR. *Über akute Polyneuritis u. verwandte Krank
Rücksicht auf ihr zeitliches u. örtliches Auftreten.* (Berl. kl
1887. No. 42.)
HAUSHALTER. *Contribution à l'étude de l'érythème polymorph
Dermat. et Syph. 2. Série.)
GOLDSCHEIDER. *Die Einwirkung der Kohlensäure auf die s
der Haut.* (Verhandl. d. physiolog. Gesellschaft zu B
No. 2 u. 3.)
ROHÉ. *Keratosis senilis and its relations to epithelioma.* (
the Medical and Chirurgical Association.)
PLANNER. *Über das Vorkommen von Nerven-Endkörperche
lichen Harnröhre.* (Archiv f. mikroskop. Anatomie. Bd. 3
WURSTER. *Entstehung der Gewitter.* (Papierzeitung. No. 58
— *Gasbeleuchtung gegen elektrisches Licht.* (Ebenda No. 62
TAYLOR. *On the mode of Development and course of Molls
(Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases. Vol.
— *A further contribution to the study of Molluscum fibr
Vol. V. 1887. May.)
— *The Toxic Effects of Jodoform, Cutaneous and Syste
Medical Journal. 1887.)
BENDER. *Über subkutane Anwendung des Kalomel und des
bei Syphilis.* (Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph. 188
PFLÜGER. *Über die synthetischen Prozesse und die Bildungsa
im tierischen Organismus.* (Archiv für die gesamte Physi
MENDEL. *Über die Vagabundenfrage vom gerichtsärztliche
(EULENBURGS Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl
N. F. 46. 2.)
— *Melancholie.* (EULENBURGS Realencyklopädie.)
— *Manie.* (Ebenda.)
— *Ein Fall von Taubstummheit bei einem Hysteroepileptik
Centralbl. 1887. No. 18.)
— *Über den Kernursprung des Augenfacialis.* (Ebenda. 188
— *Die Sektion für psychologische Medizin und Nervenkran
internationalen medizinischen Kongresses zu Washing
med. Wochenschr. 1887. No. 46.)

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg und Leipzig.
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. R

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 15. 1. August 1888.

Über Hauterkrankungen bei Vögeln.

Von

Dr. Georg Müller
in Dresden.

Dank den ausgezeichneten Untersuchungen von Zürn, Rivolta, Silvestrini, Megnin, Nörner, Ehlers und andern wissen wir, dafs die Dermatosen der Vögel fast ausnahmslos parasitärer Natur sind. In der That finden wir in der Litteratur nur einige wenige Ausschlagsformen aufgeführt, deren Ätiologie noch in absolutes Dunkel gehüllt ist. So ist in den *Annales de méd. vétérin.* Bruxelles 1871, eine Hautkrankheit erwähnt, die bei einem älteren Hahn beobachtet wurde. Die Haut war gleichmäfsig rot gefärbt, erblafste unter dem Fingerdrucke, die Federn fielen innerhalb weniger Wochen total aus. Nach Applikation einer Chloreisensalbe trat langsame Genesung ein. Weiter sehen wir im *Sächs. Veterinärbericht* von 1871 eine Dermatitis beschrieben, welche am Hals einer Taube auftrat, Federausfall und Abhebung der Epidermis veranlafste und mit Produktion eines festen, fettreichen Exsudates einherging. Ferner erwähnt Pauly in der *Allg. Geflügelzeitg.* Jahrg. VI. eine Hautkrankheit eines Huhnes, hervorgerufen durch Entzündung der Federsäcke und einhergehend mit Bildung von Hämatomen. Schliefslich beschreiben Unterberger, Rivolta, später auch Zürn unter der Benennung Dermatitis crustosa chronica einen bei Hühnern vorkommenden Hautausschlag. Die Haut ist, manchmal in sehr weiter Verbreitung, stark verdickt, blutig infiltriert, in Falten und Runzeln gelegt und mit dicken, grauen Epidermismassen bedeckt. Im Unterhautzellgewebe finden sich gelbsulzige Er-

gieſsungen. Auſser diesen aus unbekannten Ursache
Dermatosen begegnen wir in den meisten für Lai
Büchern über Geflügelzucht noch zwei absolut räts
krankheiten: dem Grind der Feldflieger, der s
um den Schnabel herum abspielen soll, und dem
Tauben, der in Form einer pustulösen Derm
den ganzen Körper verbreiten soll. Zu diesen
wir als dritte die Pocken- oder Krebskrankh
haben, wenn wir nicht durch die Untersuchungen
SILVESTRINI, ZÜRN, BOLLINGER, FRIEDBERGER
belehrt worden wären, daſs die sogen. Geflügel
nichts sind als Epitheliome, die bei Hühnern,
und andern Vögeln am Kamm, Kehllappen, an
Schnabels, auf den Augenlidern, am Ohre, an d
einem von REIMANN bei einer jungen Taube bec
sogar auf dem ganzen Körper auffahren und
Gregarinen hervorgerufen werden. Dieses „Ep
tagiosum“ präsentiert sich uns in Form von meis
stehenden, anfangs sehr kleinen, später etwa erbse
reszenzen, die sich halbkugelig über die Cutis er
weilen von einem hellroten Hof umgeben sind. Na
des gelben bis rotbraunen Überzuges erscheint
lappte, weiſsliche Masse, nur in seltenen Fällen
Eiter. In dem ausgedrückten Inhalt der Knötche
haft nackte Gregarinen enthalten, und es ist viel
durch Impfung die Krankheit auf gesunde Vögel
BOLLINGER und CSOKOR sind der Ansicht, daſs da
contagiosum des Geflügels dem Molluscum con
Menschen volkommen gleiche, indessen möchte
darauf hinweisen, daſs bei Vögeln die Gregarinen
Rete Malpighi der allgemeinen Decke auftreten,
in der Schleimhaut der Nasenhöhle, des Maules,
des Kehlkopfes, des Darmes, sowie in der Conju
Cornea des Auges.

Wenn wir die soeben angeführten Krankheite
lassen, so können wir die Dermatosen der Hausvö
2 Gruppen teilen, nämlich:

a. in solche, welche durch pflanzliche Parasiten hervorgerufen werden, und

b. in solche, deren Ursachen tierische Parasiten sind.

A. Durch pflanzliche Parasiten hervorgerufene Hauterkrankungen.

1. Der Favus der Hühner, Tinea Galli, Hühnergrind, weifser Kamm. Eine genauere Beschreibung der genannten Dermamykose hat Referent in No. 23 des VI. Jahrganges dieser Zeitschrift gegeben. Die parasitäre Natur des Leidens wurde bereits in den Jahren 1858 und 1859 von LEISERING, MÜLLER und GERLACH nachgewiesen; GERLACH konnte die Krankheit in einzelnen Fällen von Hühnern auf Menschen übertragen, während Übertragungsversuche auf verschiedene behaarte Tiere erfolglos blieben. Ebensowenig gelang es SCHÜTZ, Reinkulturen des Pilzes auf Mäuse, Kaninchen, Meerschweinchen und Ratten mit Erfolg zu überimpfen, während die von den genannten beiden Forschern und vielen andern bei Hühnern vorgenommenen Ansteckungsversuche stets positive Resultate ergaben. Nächst den gewöhnlichen pilztötenden Mitteln soll sich nach ZÜRN besonders eine Lösung von doppeltschwefelsaurem Kalk bewährt haben.

2. Die kahlmachende Hühnerflechte. Im *Sächs. Veterinärbericht* von 1871 beschreibt LEISERING einen bei einem Hahn in der Umgebung der Kloakenöffnung und in der Pürzelgegend sich abspielenden Hautausschlag, der an den betreffenden Stellen vollkommenen Federausfall bewirkt hatte. Die Haut war etwas höher gerötet, schmerzhaft und wärmer als normal. An den Kielspitzen der von der erkrankten Partie stammenden Federn befanden sich dunkle Massen, die aus sehr zahlreichen scharf konturierten, gelben bis dunkelgrünen Pilzsporen bestanden. Durch den Begattungsakt war die Krankheit vom Hahn auf mehrere Hühner übertragen worden.

B. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Hauterkrankungen.

Geflügelräude.

Es sind in der Hauptsache zwei Milbengattungen, welche

bei den Vögeln jene Hautaffektionen hervorrufen, d
unter den Namen Räude, Krätze, Fuſskrätze,
etc. bekannt sind, nämlich:

1. Dermatoryktes mutans. Dieser „Hautg
1859 von LANGUETIN und REYNAL entdeckt, is
Sarkopten zwar sehr ähnlich, aber nicht, wie es
GERLACH und andern geschehen ist, mit denselbe
zieren, da seine Scherenkiefer ganz anders gestal
diejenigen der Sarkoptiden. Es sind 0,2—0,4
0,15—0,3 mm breite ovovivipare Tierchen mit bra
platte und zwei sehr langen Afterhaaren. Die Bei
Weibchen kurz, stummelförmig, klauenförmige
tragend, beim stets kleineren Männchen länger und
und gestielten Haftscheiben versehen. Die Milben bohr
unter der Epidermis, und zwar in der Hauptsa
Füſsen, weniger am Kamm, Kehllappen und Hals
viel seltener der Tauben, Puter, Fasanen und Sin
dann entstehende Fuſskrätze (Fischschuppenkra
beine, Elephantiasis) gibt sich durch folgende S
erkennen: Auf der Vorderfläche der Beine lager
graugelbe Massen, die sich bald vergröſsern und
grauen, höckerigen, rissigen, porösen Borken heranw
gleicher Zeit werden die Fuſsschilder abgehoben
Oberfläche der Füſse nur noch mit ihren oberen
gehalten. Die Krankheit verbreitet sich bald
ganzen Fuſs, derselbe erscheint wie mit Lehm ode
zogen (Kalkfüſse) und ist unförmlich verdickt, so da
befallene Tiere am Stehen und Gehen verhindert
man die aus Epidermisschuppen, eingetrocknetem
Milben bestehenden Borken loslöst, so resultiert eine
geschwellte, manchmal eiterig infiltrierte Fläche.
heftigem Juckreiz verbundene Ausschlag kann sich
Kamm, Kehllappen, Kopf, Hals und Brust verbrei
Aufweichen und gründlichem Entfernen der Borke
als sichere Mittel bewährt: Perubalsam, Karbolsa
Kreosotsalbe (1 : 20), Benzinöl (1 : 10 Rüböl), Petro
gens können sämtliche Mittel mit der einzigen A

Perubalsams den Hühnern, besonders jungen Tieren, gefährlich werden.

Raillet, *Recueil de méd.* Okt. 1887, entdeckte als Ursache einer nicht sehr ausgebreiteten Hühnerräude den Sarcoptes laevis, der dem Dermatoryktes mutans ähnlich aber viel kleiner sein soll. Die Milben hatten sich zunächst am Kopfe angesiedelt und dort Epidermiswucherung und Federausfall veranlafst.

Dann ist von Voigtländer, Vizioli, Zündel, Rivolta u. a. unter dem Namen Sarcoptes cysticola eine Grabmilbe beschrieben worden, die mit den Sarkopten nur die Ähnlichkeit gemeinsam hat und in Kapseln eingeschlossen auf den serösen Häuten der Bauchhöhle, ausnahmsweise auch in der Subcutis und auf der Haut angetroffen wird. In letzterem Falle entsteht ein räudeähnlicher Ausschlag.

2. Dermatophagus gallinarum. Schuppenfresser von 0,17—0,25 mm Breite, 0,12—0,17 mm Länge, mit fünfgliederigen Füfsen, die am freien Ende mit einer Borste, einer becherartigen Haftscheibe und einer Kralle versehen sind und sich zunächst am Hals und an der Brust der Hühner einnisten. Die befallenen Stellen sind mit mehreren Lagen von dünnen, gelben Epidermisschuppen bedeckt, die darunter befindliche Haut erscheint hyperämisch. Der Ausschlag verbreitet sich, ohne sonderliches Juckgefühl hervorzurufen, sehr bald über den ganzen Körper und führt zu Abmagerung und Entkräftung der von ihm befallenen Individuen. Karbolöl, Kreosotöl (1 : 30), Kreosotspiritus (1 : 30) erwiesen sich als probat.

Aufser den genannten Milben kommt auf der Haut der Vögel noch eine grofse Anzahl verschiedener andrer Schmarotzer vor, die nach Befinden mehr oder weniger erhebliche Erkrankungen der allgemeinen Decke zur Folge haben können. Solche sind:

1. Harpirhynchus nidulans der Tauben, Sperlinge, Finken, Kreuzschnäbel, Papageien etc. Es sind 0,2—0,4 mm lange, 0,18—0,3 mm breite, durch Tracheen atmende Milben mit 4 Fufspaaren, von denen indessen nur die zwei vorderen voll entwickelt sind. Sie leben zu vielen Hunderten entweder

in den Federbälgen, welche dadurch zu erbsen- bis bohn
gelben Kapseln aufgetrieben sind, oder in bindewebige
der Haut. Die Übertragung auf Hunde, Schafe und K
gelang ZÜRN nicht.

2. Hypodectes columbarum der Tauben un
wildlebender Vögel. Diese ca. 1 mm langen, 0,3—0,6 m
wurmförmigen, mit 4 sehr dünnen Beinpaaren versehen
schmarotzen in der Subcutis, im Bauchfell, in der S
Baucheingeweide und im Bindegewebe der gröfseren
sind zuerst von VOIGTLÄNDER, später von ROBERTSON, I
NITSCHE u. a. gesehen worden und werden von M
die Larven einer noch unbekannten Milbe gehalten.
in gröfserer Zahl im Unterhautbindegewebe auf, so k
Störungen in der Mauser und zu Dermatiten kommen.

3. Epidermoptes bifurcatus (RIVOLTA) oder
coptes gallinarum (MÉGNIN). 0,25—0,34 mm lange, 0,15—
breite Milben, die bei ca. 70 % aller Hühner im s
Bindegewebe vorkommen sollen und dort rasch ver
länglichrunde Knötchen von Hirsekorn- bis Weizen
bilden. Ihr Nachweis am lebenden Huhn ist nach Z
möglich.

4. Syringophilus bipectinatus. Es sind dies 0,7
lange, 0,14 mm breite, also sehr lang und schma
Milben mit sackförmigem, stark mit Haaren besetzte
leibsende und langrüsselförmigem Kopf, welche in d
kielen der Hühner und Tauben leben. Ganz dieselb
weise haben Syringophilus uncinatus des Pfaues
und die bis jetzt noch unbenannten Federspulmilben
(ZÜRN) und des Fasans (LOMBARDINI und RIVOLTA).
alle diese Milben mehr oder weniger erhebliche Stö
Mausergeschäft hervorrufen, ist dies bei einer von N
und zwischen den Federspulen der Hühner gefunden
die er Analges minor nannte, durchaus nicht der Fa

5. Dermanyssus avium. Derselbe präsentiert
als eine 0,6—0,8 mm lange, 0,3 mm breite, blutrot
aber weifsgefleckte Käfermilbe (Gamaside), welche auf
Tauben und vielen andern gezähmten und wildlebende

orkommt, gelegentlich auf Haustiere und Menschen übergeht nd den Vögeln geradezu lebensgefährlich werden kann (cf. *Monatsh. f. pr. Dermatologie.* VI. Band. 1887. No. 23). Am Tage halten sich die „Vogelmilben" im Mist, im Holzwerk und ergl. der Geflügelställe verborgen, nachts suchen sie die Vögel uf, um aus ihnen Blut zu saugen. Es ist garnicht so selten, daſs junge Tiere, Küken, noch nicht flügge Tauben etc. infolge des groſsen Blutverlustes zu Grunde gehen. Gründliche Desnfektion des Stalles mittels heiſser Lauge, nachträgliches Bestreichen mit Teer, roher Karbolsäure oder Petroleum, Einpudern der Vögel mit Flores pyrethri oder Waschungen mit anisölhaltigem Wasser haben nach ZÜRN oft wunderbar schnellen Erfolg.

6. Argas reflexus columbarum. 4—6 mm lange, zu den Ixoden gehörende Tiere, die zuerst von HERMANN (1807) beschrieben worden sind und viel häufiger als in Deutschland in Frankreich und Italien beobachtet werden. Sie führen dasselbe Räuberleben wie Dermanyssus, gehen indessen nur auf Tauben und Menschen über.

7. Pulex avium. Derselbe wohnt auf Tauben, Hühnern und sehr vielen andern Vögeln, scheint indessen für die erstgenannten Tiere eine ganz besondere Vorliebe zu besitzen.

8. Schlieſslich sind noch verschiedene Mitglieder der Mallophagen oder Federlinge zu erwähnen, welche den Trichodekten der Säugetiere entsprechen und sich von Epidermisschuppen der Haut und von Federn nähren. Blutsauger sind sie nicht, obgleich sie sich mit ihren Freſswerkzeugen in die Haut einbeiſsen können. Nach ZÜRN hat man bis jetzt folgende Gattungen gefunden: Docophorus (Eule, Gans), Nirmus (Perlhuhn), Goniocotes (Huhn, Taube, Pfau), Goniodes (Huhn, Perlhuhn, Puter), Lipeurus (Huhn, Puter, Gans, Taube), Trinotum (Gans, leicht auf Menschen übergehend), Colpocephalum (Taube), Menopon (Huhn, Perlhuhn, Puter). Neben energischer Reinhaltung der Ställe haben sich Einpuderungen von Flores pyrethri oder Einpinselungen von Anisöl mit Rüböl (1 : 10) zwischen die Federn ganz besonders gut bewährt.

Die Fortschritte der Hautanatomie in den le 5 Jahren.

Von

P. G. Unna.

I.

Die Architektur der Oberhaut und des Papilla

Vor 5 Jahren habe ich in einer kritischen Übersicl Neue Beiträge zur Anatomie der Haut (*Monatsh. f.* 1883. pag. 217) zwei ungemein interessante Arb Lewinski genauer besprochen und knüpfe heute an wieder an, da ich eine dritte, die vorige ergänze desselben Autors an die Spitze dieser neuen Übersicht wünsche.

Lewinski hatte bekanntlich die Aufmerksamkei Thatsache gelenkt (Über Hautfurchen und Hautpapil *f. Anat. u. Phys.* 1882. pag. 118; Über die Furchen der Haut. *Virchows Archiv.* Bd. 92. pag. 135), da Retraktion der Haut, wie sie künstlich an toter durc an lebender durch gewisse pathologische Prozesse he wird, die Oberhaut stark gerunzelt, die Cutis dag erscheint. Er fügte die experimentell gefundene, hochi Thatsache hinzu, dafs durch künstlichen Zug nicht Falten der Oberhaut, sondern auch die Papillen zum V gebracht werden können; und damit natürlich auch de körper als solcher verschwindet. Durch diese Beo wurde Lewinski zu dem Schlusse geführt, „dafs Epi pars papillaris einerseits und die pars reticularis an verschiedener Ausdehnung im Körper vorhanden sin weiter knüpfte der Autor hieran das teleologische P der (vermeintliche) Überschufs der Oberhaut, der sic Falten ausprägen soll, ebensowohl wie die Papillen da die Ausdehnung der elastischen Cutis bei den Körperb zu erlauben, ohne dafs es zu Einrissen der Oberha Lewinski setzte dabei voraus, daft die Oberhaut unel

Ich konnte in meiner Kritik diese Schlüsse des Autors nicht zugeben, begrüfste jedoch die von ihm gefundene Thatsache mit wahrer Freude. Zunächst machte ich geltend, dafs die Oberhaut nachgewiesenermafsen in der Hornschicht und höchst wahrscheinlich ebenfalls in der Stachelschicht durchaus elastisch sei, — dafs die einseitige Spannung der Cutis nach Tomsa in eine mittlere, allseitige Dehnung der Oberhaut übergehe, welche durchaus keine Gefahr für diese einschliefse, — dafs weiter die Papillen erst vom Epithel nach Mafsgabe seines Wachstums geformt werden, und dafs endlich die Orte maximaler Oberhautfelderung, z. B. Handteller, Fufssohlen, durchaus nicht mit den Orten stärkster Hautbewegung, z. B. Mundgegend, zusammenfallen.

Zuzugeben war, dafs die Hautbewegungen einen richtenden Einfluſs auf die Liniensysteme der Oberhautfelderung mancher Hautgegenden besitzen, und dadurch wurde zugleich die von O. Simon gefundene, aber nicht erklärte, partielle Übereinstimmung der Oberhautfelderung mit den Langerschen Spaltungsrichtungen auf das einfachste begründet.

Zuzugeben war ferner, dafs die Bewegungen der Haut in geringem Grade die wellenförmige Grenze zwischen Haut und Oberhaut abflachen und auszugleichen streben. Schon daraus aber, dafs Lewinski die totale Verziehung dieser Wellenebene zur geraden Fläche überhaupt nur an jugendlichen, weiblichen Leichen geglückt war und er die Handteller und Fufssohlen, an denen ja die Oberhautfelderung klassisch ausgeprägt und seit alter Zeit studiert ist, von vornherein gänzlich ausnimmt, ging zur Genüge hervor, dafs diese physiologische Umfurchung der Hautoberfläche keine irgendwie erhebliche und mit der künstlichen Ausgleichung des Papillarkörpers vergleichbare sei.

Darin fand ich auch garnicht die schwerwiegende Bedeutung der von Lewinski gefundenen Thatsache, sondern vielmehr in dem durch sie erbrachten, erfreulichen Beweis, dafs Papille und interpapillare Oberfläche durchaus homogen und gleichwertig sind, dafs die wandelbare Form der Papillen keine selbständig erworbene, sondern durch äufsere, mechanische Momente aufgedrungene ist. Wenn die Papillen durch Druck auf die Cutis-

oberfläche gebildet waren, so war es nur eine logische F
dafs sie durch einen entsprechenden Zug wieder
schwinden zu bringen sein müssen, und diesen schlage
weis hatte LEWINSKI geliefert.

Ich übergehe die weiter von mir abgeleiteten E
die a. a. O. nachzulesen sind, um mich der drit
desselben Autors nunmehr zuzuwenden: Zur Physi
Rete Malpighi.

In dieser bespricht LEWINSKI nicht die Form de
Oberhaut, sondern der einzelnen Zellkörper.

Nach RANVIER und UNNA seien die Stachelz
Gebilde, und zwar nach RANVIER deshalb, weil der sc
Kern sich vom Zellenleibe zurückzieht, während
Form bewahrt. Das beweise aber noch nicht, dafs
solide Körper seien; sie seien vielmehr weich und
Form je nach dem äufseren Drucke und den Spannu
nissen.

LEWINSKI verwechselt hier offenbar die Begriffe
flüssig. Ich bin überzeugt, dafs RANVIER, ebensowo
vollkommen mit LEWINSKI übereinstimmt, dafs die S
in hohem Grade formbar, dafs sie weich und plastisch
doch daran festhalten, dafs sie solide Körper darste
nicht flüssig sind; denn der Gegensatz von solide ist
und nicht weich.

LEWINSKI führt dann weiter aus, dafs die kubisch
zellen durch Druck in horizontaler Richtung Cylin
nehmen, durch Zug in derselben Richtung bandartig
werden, dafs in der Umgebung wachsender Blasen a
zellen aus ihrer Form genau die Richtung des
wirkenden Druckes erkennen lassen.

Die Stachelzellen sind also von weicher Kons
ihre Form ist abhängig von dem auf sie einwirke
und Druckverhältnissen. Dann ist aber auch der
rechtfertigt, dafs, wo sich Cylinderzellen finden, der
wo platte Zellen sind, der vertikale Druck überwie
kubische Zellen auftreten, die Druckkräfte sich al
Gleichgewicht halten. Die Cylindergestalt der Kei

eine notwendige Folge der Zellenneubildung innerhalb der Keimschicht. Die platten Zellen der Oberfläche üben einen Gegendruck nach unten aus, welcher zusammen mit dem Aufdruck der Keimschicht die kubische Form der mittleren Stachelzellen erklärt.

Wer sollte mit diesen einfachen Sätzen und einleuchtenden Schlüssen sich nicht vollkommen einverstanden erklären? Gewifs sind wir nach den Ausführungen von LEWINSKI noch mehr als bisher berechtigt und auch verpflichtet, in allen pathologischen Fällen die wirkenden Druckkräfte aus der Form der Stachelzellen herauszulesen.

Aber ich sehe nicht ein, weshalb die jetzt nur besser bewiesene, aber stets von mir bereits in Anspruch genommene Plastizität der Stachelzellen nun nicht mehr mit dem von mir angegebenen Schema vereinbar sein soll. Die beiden von LEWINSKI in Anspruch genommenen Druckkräfte der Proliferation und des Gegendruckes der Hornschicht würden allein genommen in der Mitte der Stachelschicht nur mehr oder weniger rechteckige, kubische Zellen erzeugen, wie wir sie an den mittleren Zellen der Oberhaut der Amphibien sehen. Die ungeheure Vielgestaltigkeit der Zellen rhomboidalen Querschnitts, wie wir sie in der mittleren Stachelschicht antreffen, erklärt sich aber doch erst, wenn wir auch die natürliche Schräglegung aller Seitenflächen mit hinzuziehen, als selbstverständliche Folge der mit jedem Vorschube einer Zellenreihe eintretenden Oberflächenvergröfserung — und nur dafür stellte ich das Schema konzentrisch sich deckender Ringe auf.

Da ich ja selbst die Plastizität der noch lebendigen und sogar die Elastizität der toten Hornzellen so vielfach in Anspruch genommen habe, so lag mir wahrlich nichts ferner, als mir die noch unverhornten Stachelzellen als starre Körper zu denken.

Aber ich frage weiter, ist es LEWINSKI nicht gewesen, welcher einen Überschufs von Epithelien nötig zu haben glaubte, um bei den Bewegungen der Haut Einrisse der unnachgiebigen Oberhaut zu vermeiden? Und weiter, war ich es nicht, welcher diesen Schlufs von LEWINSKI zurückwies (s. o.), weil die Oberhaut in der That sehr nachgiebig sei, welcher die Analogie mit

den Blasenepithelien zu diesem Zweke anzog, d
Füllung der Blase cylindrisch, kubisch und banda

Ich darf daher wohl aus dieser dritten Ar
ein stilles Einverständnis mit meiner Kritik der
gehenden herauslesen. In der That ergänzt dies
jene andern gerade nach deren schwacher Seite h

Blicken wir zurück, so verdankt die Anat
LEWINSKI die prinzipielle Hervorhebung und Erl
Punkte, von denen der eine ganz unbekannt,
nicht scharf und klar genug erörtert war, nämli
erstens für die mechanische Entstehung des
durch den Nachweis der Möglichkeit einer mec
fernung desselben, und zweitens für die Abhängi
der Stachelzelle von mechanischen Druckverhältni

Zur selben Zeit mit dieser letzten Arbeit
schien eine sehr ausführliche und anregende A
A. KOLLMANN, *Der Tastapparat der Hand d*
Rassen und Affen in seiner Entwickelung
(Hamburg, L. Voss. 1883).

Der Verfasser geht hierin von einem ganz
versprechenden Anfangspunkte aus. Ist nämlich,
keinem Zweifel mehr begegnet, die Neubildung
an das Vorhandensein sog. indirekter Kernteilu
so werden sich die Wachstumsrichtungen innerha
nalen Oberhaut an der Lage der Kernteilungseb
lassen. Denn die Wachstumsrichtung ist die de
lichen Achse der Tochterzellen, folglich stets
Teilungsebene der Mutterzelle.

KOLLMANN arbeitete an der Haut von Trito
fand an dessen Schwanz und Extremitäten die me
ebenen senkrecht zur Gliedachse, etwas wenig
derselben und zugleich senkrecht zur Hautober
wenige parallel der Hautoberfläche. Daraus wa
dafs in diesen Fällen das Längenwachstum de
Breitenwachstum um ein geringes, das Dickenwachs
übertraf, wie es ja auch die sich entwickelnde F
erfordert. KOLLMANN ist geneigt, für den Me

Verhältnisse vorauszusetzen. Richtiger scheint mir die folgende Fassung: Da beim Triton wirklich die gefundenen Kernteilungsebenen vollkommen der bekannten Ausdehnung der Haut des Tieres entsprechen, so wird auch wohl überall aus der Richtung der Kernteilungsebenen das Verhältnis von Längen-, Breiten- und Dickenwachstum der Haut erschlossen werden können. Dabei wollen wir uns keinen Augenblick verbergen, dafs die Verfolgung dieser Thatsache bei höheren Tierklassen und dem Menschen — selbst bei guter Härtung des Materials — noch überall dort auf grofse Schwierigkeiten stofsen wird, wo frühzeitig die Wellenebene des Papillarkörpers sich ausbildet.

Kollmann wendet sich nun zur Feststellung eines mechanischen Begriffes, welcher weiterhin im Verlaufe seiner Arbeit eine grofse Rolle spielt, zu dem Seitendruck innerhalb der wachsenden Epidermis. Er erschliefst dessen Existenz aus den Formänderungen der Epithelien, wie sie bei künstlich gesetzten Substanzverlusten von von Drasch, Fraisse und Kollmann selbst beobachtet sind; ebenso aus den Formänderungen der vom Primitivstreifen auswachsenden Zellen. Man sieht, dafs auch nach dieser Richtung die Abhängigkeit der Form der Epithelien vom Druck bereits vor Lewinski hervorgehoben und studiert war.

Den Bau und die Entwickelung des Papillarkörpers an Handteller und Fufssohle studiert K. an frischer Haut von Embryonen, Neugeborenen und amputierten Gliedern Erwachsener, welche in $^1/_3$ % Chromsäure und dann langsam in Alkohol gehärtet sind. Er findet im allgemeinen beim Neugeborenen und Erwachsenen die Anzahl der Schweifsporen gleich grofs, die Abstände derselben aber und damit auch die Gröfse der Gesamtfingerhaut im Verhältnis von $1 : 2^1/_2$ vergröfsert, so dafs also z. B. 2 Rillen der Hohlhand des Erwachsenen die Breite von 5 beim Neugeborenen einnehmen.

Mit der Gyrifizierung der Hornschicht an die Regionen haben sich bekanntlich schon viele Anatomen in älterer Zeit eingehend beschäftigt. K. referiert hauptsächlich Purkinje, Huschke, Engel und Kölliker in ihren bezüglichen Werken. Die Arbeit Oehls über diesen Gegenstand ist ihm offenbar wie

so vielen andern Forschern vollkommen entgangen. diese Furchenbildung mit der Gyrifizierung der Ge mit ähnlichen Furchenbildungen des Hornblattes Papillae foliatae der Zunge und der Greifschwä und setzt es sich zur Aufgabe, die Topographi mäfsigkeit derselben eingehender als bisher zu erfo

Das Einwachsen sämtlicher Anlagen der Kn dem Epithel in die Cutis in genau gleichen A Embryo ist nach K. eine Folge des bestehenden in der wachsenden Oberhaut, welcher wohl an de aber nicht an der Cutis genügenden Widerstand fi besteht an Stelle der Epithelfortsätze auch an der Hornschicht eine leichte Verwölbung. Die sp der Haare und Talgdrüsen werden ebenfalls durch des Seitendrucks gegen die Cutis vorgetrieben.

Hier habe ich im Interesse der Mechanik eine besser eine Ergänzung zu machen. K. spricht stets druck" als den wichtigsten, ja eigentlich als von e Betracht kommenden Moment bei der Entstehung einsenkungen. Gewifs existiert dieser „Seitendruc auch gewifs nicht allein. Vielmehr herrscht sel im Innern des wachsenden Epithels ein allseitig g der so lange zu einer gleichmäfsigen Verdickun nach aufsen führt, bis die wachsende Festigkeit verhornenden Epithelschicht dieser gleichmäfsigen V Ziel setzt. Hier, in dem Widerztand a tergo, a Hornschicht haben wir also den ersten, mechanis Faktor zu sehen, welcher aus der Vorschiebung na solche nach innen macht.

Wie aber ist es zu erklären, dafs diese Vers innen nur an bestimmten einzelnen Punkten stattfi lich nur so, dafs die Cutisoberfläche minder wi Punkte aufweist, welche in ziemlich regelmäfsig sich finden müssen. Hierin liegt dann der zwei Bedeutung; durch ihn verwandelt sich die gleich schreitende Verdickung der Oberhaut in ein mäfsig fortschreitende.

Der erste Faktor ist bereits durch die Auffindung der Verbindungsbrücken zwischen den verhornten Zellen zur Genüge nachgewiesen und mufs nur noch genauer beim Embryo verfolgt werden. Der zweite ist noch gar nicht näher untersucht, und doch wäre es geradezu die lohnendste Aufgabe der Histologie der embryonalen Haut, durch irgend eine Methode (Färbung, Injektion, Maceration, Verdauung etc.) die von vornherein widerstandsfähigeren Punkte der Cutisoberfläche von den weniger Widerstand bietenden unterscheiden zu lehren und ihre Genese zu studieren.

Man sieht, dafs der Wachstumdruck im allgemeinen und erst recht der Seitendruck allein noch durchaus nicht genügen, um zu erklären, welchen mechanischen Gesetzen diese interessanten Epitheleinsenkungen gehorchen.

Sehr wichtig ist die wohl richtige und, wie ich glaube, neue Auffassung von K., dafs die spiralige Form des Schweifsporus auf einem Längenwachstum desselben mit einem Hindernis am Ende des Porus beruht. Für die Aufknäuelung des Drüsenendes ist diese Annahme wohl stets gehegt worden und begegnet keiner Schwierigkeit. Ihre Übertragung auf die Wandung des Schweifsporus, welche wir bisher gewohnt waren, als integrierenden Teil der Oberhaut aufzufassen, involviert freilich die Vorstellung, dafs die Epithelien dieser Wandung selbständig wachsen resp. rascher vorgeschoben werden als die Epithelien der allgemeinen Oberfläche.

Die Leisten der Cutisoberfläche, welche den Rillen der Fingerbeere entsprechen, sieht K. im 4. Monat auftreten, die auf ihnen in zwei Alleen aufsitzenden Papillen im 5. und 6. Monat. Erbaulich ist zu lesen, wie K. zu seiner jetzigen Auffassung des Verhältnisses zwischen Epithel und Bindegewebe gekommen ist:

„Anfänglich der am weitesten verbreiteten (? U.) Meinung huldigend, als ob der Papillarkörper durch eigne Aktion in das bedeckende Epithel eindringe und dasselbe an gewissen Stellen vor sich herschiebe, bin ich im Verlaufe einer grofsen Zahl von Beobachtungen von dieser Annahme vollständig zurückgekommen."

Also ein neuer, autochthoner Streiter gegen die Sprossung der Papillen! Die Hauptgründe, we Änderung seiner Ansicht bewogen, sind folgend Papillen sitzen hochcylindrische Epithelien; diese sein, wenn die Papillen Eindrücke in das Epi hätten. Sodann zeigt das Epithel nirgends Zeic lösung und Zerfall, wie die durch Gefäfse usurie und Knorpel.

KOLLMANN hat in diesem Streite wohl alle n logen auf seiner Seite und wird kaum irgendwo erfahren. Dagegen können seine positiven Ausla die Art, wie Epithel und Bindegewebe sich durch gerade glücklich genannt werden. Dem Epithel alles, auch die Einhaltung der Glockenform bei gegen die Cutis zugeschrieben. Mir erscheint a allgemeine physikalische Prinzip nicht recht zur Ge zu sein, dafs es gar keinen Druck gibt ohne e gleich grofsen Gegendruck.

„Während des Emporwachsens des formgebende Mantels in Form von hohlen Zapfen und Ke natürlich die betreffenden Hohlräume (sic! U.) nicht Das lockere, gefäfshaltige Bindegewebe drang viel selben Mafse in die Hohlräume ein, als dieselben si vergrösserten. Es nahm Besitz von ihnen, um nährungsbedürftigen Keimschicht genügendes Materia ihr als Unterlage und Anheftungsmittel zu dien auch für sich selbst diejenigen Funktionen zu welche ihm im Innern der Papille zufallen." (pag.

So dienstfertig, abwartend und zugleich für ich mir allerdings das Bindegewebe nie vorgeste später (pag. 36):

„. . . . dafs umgekehrt Wachstumsvorgänge epithelialen Haar- und Schmelzkeimes einen gl Hohlraum bedingen, in welchen das Bindegewe vordringt."

Verschiedengrofse Widerstände an den verschied der Cutisoberfläche zieht also K. nirgends in die D

Wir kommen nun zu dem wichtigsten, und K. durchaus selbständig zukommenden Satze, dafs die Form und Lage der Epitheleinsenkungen und demgemäfs der Cutiseindrücke stets und durchaus abhängig ist von dem jeweiligen Überwiegen des Seitendruckes in der Längs- oder in der Querrichtung der Glieder. Überwiegender Längsdruck erzeugt im Epithel Querfalten, Querdruck anderseits Längsfalten.

So entstehen die queren Leisten an der Hohlhandseite der Finger durch Längsdruck, d. i. durch überwiegendes Wachstum des Epithels in der Längsrichtung der Finger bei relativ zurückbleibendem Cutiswachstum; die spätere Papillarfurchung dagegen, d. i. die Abschnürung der Leisten durch erneutes, glockenförmiges Epithelwachstum zum Papillarkörper, durch Breitendruck. Das zeitliche Auseinderfallen dieser Vorgänge begründet K. durch den zeitlichen Wechsel stärkeren Längen- und Breitendrucks.

So wahr diese Theorie auch sein mag, so weit das Epithelwachstum allein in Frage kommt, und in so einfache und ansprechende Begriffe sie sich kleidet, so mufs ich doch wiederum hervorheben, dafs das ganze Problem damit nicht an der Wurzel angefafst ist. Ohne die Annahme und Erforschung bestimmt gruppierter Widerstände in der Cutis wird keine befriedigende mechanische Theorie der Durchdringung von Epithel und Bindegewebe je aufgestellt werden können.

Doch trotz dieser fundamentalen Unzulässigkeit der Theorie werden die KOLLMANNschen Begriffe des Längsdrucks und Breitendrucks sich für die Vereinfachung und das Verständnis dieser Vorgänge in Zukunft sehr nützlich erweisen. Das geht schon hervor aus der Vereinfachung des Einteilungsprinzips der Gyri. PURKINJE und HUSCHKE hatten 9 Arten derselben unterschieden:

Flexurae transversae
Stria centralis longitudinalis
Stria obliqua
Sinus obliquus
Amygdalus
Spirula

Ellipsis
Circulus
Vortex duplicatus,

deren Gestalt sich aus ihren Namen leicht erg
dieselben auf zwei Grundtypen zurück, 1. den d
wiegenden Längsdrucks (quere Wülste, Flexurae tr
2. den des gemischten Quer- und Längsdrucks
übrigen 8 Typen begreift.

An der Kuppe sämtlicher Fingerbeeren bef
„Tastballen erster Ordnung." Dieselben entstehe
bination eines Querdrucks mit dem allgemeinen L
man als Fortsetzung jenes Querdrucks betrachten
auf der Dorsalseite des Nagelgliedes die Längsripp
bettes erzeugt.

Als Tastballen zweiter Ordnung betrachtet
wülste, welche unterhalb der drei Zwischenfin
legen sind.

Die zwei Gyri tragenden Hautstellen des
Hypothenar bilden die Tastballen dritter Ordnung.

Die Zahl der Leisten, welche die Gyri bilden,
sehr verschieden. K. hat Zählungen der
den Zeigefingern verschiedener Individuen vorge
fand:

Zeigefinger	I. Glied		II. Glied		I
	rechts	links	rechts	links	rec
Minimum.	28	29	21	21	3
Maximum	37	37	38	38	6

und als Durchschnittszahlen aus der Untersuchung v
und 20 Frauen:

Zeigefinger	I. Glied		II. Glied		I
	rechts	links	rechts	links	rec
Männer.	34,6	32,3	31,3	32,3	51
Frauen.	31,8	31,6	32,0	31,9	50

Männer besitzen im Durchschnitt mehr Querriefen als Frauen, grofse Menschen mehr als kleine. So beträgt z. B. die Mittelzahl für den ganzen Zeigefinger:

	rechts	links
bei Männern	117,7	116,6 mm
bei Frauen	114,2	114,0 mm

Das überwiegende Längenwachstum der volaren gegenüber der dorsalen Handfläche hat bekanntlich eine Überwälzung der volaren Fingerhaut über die vordere Fingerkuppe nach dem Nagel zu und die Vorschiebung der volaren Haut der Mittelhand bis fast zur Mitte der ersten Phalangen zur Folge; durch letzteren Prozefs bilden sich die „Schwimmhäute" zwischen den Fingern.

K. findet nun innerhalb der volaren Oberhaut wieder ein gröfseres Längen- als Breitenwachstum. Er findet den Zeigefinger:

beim viermonatlichen Embryo	10 mm lang,	3 mm breit
beim Erwachsenen	65 „ „	15 „ „
also die absolute Zunahme	55 mm in der Länge,	12 mm in der Breite.

Allerdings sind die interpapillaren Epithelzapfen in der Richtung der Hautleisten zahlreicher als senkrecht dazu; aber die grofse Differenz in der Zunahme scheint K. durch diesen Umstand nicht erklärt zu werden. Mir erscheint, offen gesagt, eine solche Differenz überhaupt unerklärlich, sobald nicht äufsere Kräfte oder Hindernisse die gleichmäfsige Wachstumstendenz in gewisse Richtungen zwingen und eindämmen. Aber ich sehe in diesem Falle gar keinen Grund, solche äufseren Umstände aufzusuchen, da es offenbar garnicht auf die absolute Zunahme, wie K. will, sondern auf die relative ankommt. Denn die Menge der Tochterzellen beim Erwachsenen ist ja doch ein Multiplum der Mutterzellen beim Embryo. Die relative Differenz zwischen den Zahlen Kollmanns

$$65 : 10 = \mathbf{6{,}5} \text{ für die Länge und}$$
$$15 : 3 = \mathbf{5{,}0} \text{ für die Breite}$$

ist aber sehr bescheiden zu nennen.

K. geht nun weiter auf die Gliederung des Tastapparates der Haut im einzelnen ein. — Nach ihm gibt es 5 „Tastballen" erster Ordnung, 3 zweiter und 2 dritter, welche äufserlich durch

eine stärkere adipose Aufpolsterung und das Vorhandensein von Ellipsen, Sinus oder entsprechender andrer Figuren gekennzeichnet sind. Durch Präparation der volaren Hautnerven ergibt sich ihm, dafs diese Tastballen vorzugsweise, in viel höherem Grade als die intermediären Tastflächen von Nervenstämmen versorgt werden. Damit stimmt es, dafs die VATER-PACINIschen Körperchen ebenfalls an den Tastballen puncta maxima besitzen, was von denjenigen erster Ordnung stets bekannt war, für die zweiter Ordnung von KOLLMANN gefunden wurde. An den Tastballen dritter Ordnung stehen sie mehr zerstreut, doch sind sie auch hier noch häufiger als in der Umgebung.

Aufgefallen ist mir in bezug auf die KOLLMANNschen Tastballen zweiter Ordnung, dafs er stets nur von dreien spricht, während wir doch 4 Fingerzwischenräume haben und in der That in dem Zwischenraum zwischen Daumen und Zeigefinger oberhalb des Adductor pollicis bei vielen Menschen ein vierter Tastballen zweiter Ordnung wenigstens angedeutet, bei einzelnen — so beispielsweise bei mir selbst — auf das schönste ausgeprägt ist, neben einem wohlgebildeten Tastballen des Thenars.

Anderseits scheinen mir die Tastballen dritter Ordnung beim Menschen im allgemeinen schwächer ausgebildet, als die Bemerkungen von K. schliefsen lassen. Bei vielen Händen habe ich, zumal am Kleinfingerballen, keine Andeutung eines Tastballens mehr gefunden.

Die Tastkörperchenzählungen haben K. folgendes ergeben. Auf 10 mm Schnittlänge fand er:

am	3. Glied des Zeigefingers (Knabe von 6 Jahren) .	24,0	Tastkörperchen
„	2. Fingerglied parallel den Leistenreihen	9,4	„
„	2. Glied des Zeigefingers (Knabe von 6 Jahren) .	7,1	„
„	3. Tastballen 2. Ordnung	5,4	„
„	2. „ 2. „	5,0	„
„	1. Glied des Zeigefingers (Erwachsenes Mädchen)	4,0	„
„	ulnaren Tastballen 3. Ordnung	3,5	„
„	radialen „ 3. „	3,1	„
„	1. Tastballen 2. Ordnung	2,7	„
„	Mitte der Hohlhand	1,7	„
„	Zwischen 1. Fingergelenkfurche und Tastballen 2. Ordnung	0,6	„

Diese Nervenendigungen haben mithin ihr punctum minimum

in der Mitte der Hohlhand und zeigen ein Anwachsen an 5 Punkten der Peripherie der Hohlhand. An den Fingern dagegen wächst ihre Menge von der Wurzel bis zur Spitze und hier zuletzt sehr bedeutend.

Dem entspricht auch die Gröfse der WEBERschen Tastkreise. K. fand den Abstand der Zirkelspitzen:

am 3. Fingerglied	2	mm
„ 2. „	4— 4,5	„
„ 1. „	5— 5,5	„
an den Tastballen 2. Ordnung	5— 5,5	„
am Daumenballen	6,5— 7	„
„ Kleinfingerballen	5,5— 6	„
in der Mitte der Hohlhand	8— 9	„
am unteren Drittel des Vorderarms	15	„

Die Konzentrierung unsrer Tastwahrnehmung an diesen durch ihre eigentümliche Oberhautfelderung ausgezeichneten Orten ist damit wohl von K. zur Genüge dargethan.

K. hat schliefslich seine Studien ergänzt durch die Untersuchung der Hände andrer Menschenrassen und vieler niederer und höherer Affen. Besonders die Ausdehnung auf die letzteren ergab auch für das Verständnis der Tastballen des Menschen wertvolle Aufschlüsse.

Bei den niederen Affen rückt der Daumentastballen hinauf zwischen Daumen und Zeigefinger und wird zum 4. Tastballen 2. Ordnung, so dafs hier nur ein Tastballen 3. Ordnung existiert. Sollte sich meine Wahrnehmung eines 4. Tastballens 2. Ordnung auch bei den höheren Affen bestätigen, so hätte man nicht von einem Hinaufrücken, sondern von einem einfachen Verlust des Daumentastballens bei den niederen Affen zu reden. Die Tastballen sind hier strenger konzentrisch, zitzenförmig vorgetrieben und relativ noch reicher an Tastkörperchen. Die höheren Anthropoiden nähern sich in beiden Rücksichten dem Menschen.

Ein zehnter Typus, der Längsreihen- oder Simiadentypus, der an den Tastballen 1. Ordnung der niederen Affen regelmäfsig besteht, kommt ausnahmsweise auch beim Menschen vor.

An diese Notizen über die Affenhand seien sogleich einige

über den Affenfuſs geknüpft, welche wir der zweiten Arbeit Kollmanns (Der Tastapparat des Fuſses von Affe und Mensch. *Arch. f. Anat. u. Physiol.* April 1885) entnehmen.

Hier betrachtet K. die Tastballen bereits als Zentren der gesamten Gyrifikation, die intermediären Tastflächen als Ausstrahlungen der Tastballen. Diejenigen 1. Ordnung fallen hier zusammen mit den plantaren Flächen der 5 Endphalangen der Zehen. Tastballen 2. Ordnung gibt es hier vier; ein Tastballen 3. Ordnung findet sich fibularwärts auf dem fünften Metatarsalknochen, ein zweiter bei manchen Affenarten auf dem tibialen Fuſsrande (zum Unterschied von der Affenhand). Die Tastballen 1. Ordnung sind die wichtigsten Sitze des Tastvermögens und zeigen die mannigfaltigsten Hautgyri, bei einigen niederen und den höheren Affen den mit Ellipsen umgebenen longitudinalen Typus. Die Tastballen 2. Ordnung sind bei niederen Affen schön konzentrische, meist kreisartige Systeme, bei den höheren mehr sinuöse und ganz offene Bögen. Der fibulare Ballen hat meist konzentrische Typen, der tibiale nicht.

Beim menschlichen Fuſse tragen die hinteren zwei Drittel der planta keine Tastballen 3. Ordnung, sondern nur transversale Gyri, die sich nach hinten und auſsen über den Rand des Fuſses in die Höhe ziehen. Beinahe transversal sind die Riffe der ersten Phalanx der groſsen Zehe und der zweiten der übrigen Zehen. Es finden sich beim menschlichen Fuſse 5 Ballen 1. Ordnung an den Endphalangen und 4 metatarso-phalangeale Ballen 2. Ordnung.

Die Ballen 1. Ordnung sind relativ klein und zeigen meist die Typen des Sinus und der Stria obliqua, selten den Simiadentypus. Von den Ballen 2. Ordnung liegt der groſse Zehenballen hinter der groſsen Zehe selbst, die übrigen hinter den Interstitien der übrigen Zehen; der dritte zeigt meist Ellipsen, der zweite und vierte nur Spindeln, doch sind alle sehr wechselnd, ebenso wie ihre Lage zu den Interstitien und ihr gegenseitiger Zusammenhang; sie ragen fast zur Hälfte über den vorderen oberen Fuſsrand vor. An der äuſseren Kante des Fuſses befindet sich ein rudimentärer Tastballen 3. Ordnung.

Ein Vergleich zwischen dem Zeigefinger und der 2. Zehe

zeigt eine grofse Differenz zwischen der Anzahl der Leisten auf den ersten beiden Phalangen:

Phalange:	I.	II.	III.	Summe der Leisten:
Zeigefinger	65		50	= 115
2. Zehe	20		50	= 70
	Differenz der Leistenzahl:			45

Dagegen ist die grofse Zehe dem Daumen in der Endphalange voraus, indem dort 80, hier 60 Gyri sich vorfinden.

Über die Menge der Tastkörperchen und VATERschen Körperchen an den Tastballen des Fufses hat K. noch keine exakten Angaben gemacht. Dieselben sollen nachgetragen werden. Übrigens decken sich seine Angaben über den Raumsinn des Fufses nicht eben gut mit einer besonderen Beziehung der Tastballen zur Raumwahrnehmung. Er fand an einem 10jährigen Knaben mit zarter Sohlenhaut:

am Tastballen 1. O. der grofsen Zehe	8	mm Zirkelspitzenabstand
„ „ 2. O. „ „ „	11	„ „
an der grofsen Zehe 1. Glied	12,5	„ „
am fibularen Tastballen 3. O.....	13,0	„ „
Mitte der Planta	14,0	„ „
Fersenballen	17,5	„ „
dahinter unterhalb der Achillessehne	16,0	„ „

Diese Differenzen sind allzu klein, um ähnliche Schlüsse wie bei der Hand darauf bauen zu können. Wegen der Kürze der Zehen, ihrer Unbeweglichkeit gegeneinander und zu ihrer gemeinsamen Drehachse erwartet K. aber auch weniger Raumsinn an der planta als Drucksinn, worin er sich mit GOLDSCHEIDER auseinander zu setzen haben wird. Doch nimmt KOLLMANN, zunächst per analogiam, einen gröfseren Reichtum der Tastballen an Nervenendapparaten an.

Wir verdanken KOLLMANN in den soeben in ihren Grundzügen und Gedanken vorgeführten, mühsamen Untersuchungen nicht nur eine frische und bleibende Anregung zum Studium der äufseren Gestaltung unsers wichtigsten Tastorgans, sondern auch eine Fülle origineller Beobachtungen. Wir hätten gern gesehen, dafs er bei Aufdeckung der antagonistischen, oder besser gesagt, interferierenden Kräfte des Längen- und Breiten-

drucks, welche alle verschiedenen Typen der Oberhautfelderung an den Tastballen erklären sollen, noch einen Schritt weitergegangen wäre. Diese fast mathematisch abgezirkelten Formen laden ja gradezu zu einer mathematischen Formulierung ein, und es wäre gewifs nicht schwer gewesen, zu eruieren, in welchen Verhältnissen die beiden Kräfte und an welchen Punkten sie interferieren müssen, um alle jene Formen hervorzubringen. Hierin würde zugleich die beste Prüfung der Annahme liegen, ob die beiden Kräfte allein für alle Formen ausreichten.

Auf der andren Seite ist es gewifs sehr begreiflich und verzeihlich für einen jungen, in seinem Stoff fast schwärmerisch aufgehenden Autor, wenn er die Bedeutung der morphologisch so gut von ihm studierten „Tastballen" für unsre Tastwahrnehmung doch etwas zu sehr überschätzt hat, wie es mir wenigstens scheinen will. Besonders wären bei fernerer Prüfung dieser Frage die Methoden von Goldscheider zur Untersuchung der Druckpunkte der Tastballen heranzuziehen.

Und selbst, wenn sich die Konzentrierung der nervösen Endapparate an den Tastballen Kollmanns durchweg bestätigen sollte, sind wir noch weit davon entfernt einen notwendigen Kausalnexus zu erblicken zwischen dieser Thatsache einerseits und der an diesen selben Punkten stattfindenden Kreuzung von Druckkräften in der bedeckenden Oberhaut anderseits, welche aus der ebenso gerichteten zelligen Überproduktion resultieren und die zitzenförmige Auftreibung der betreffenden Hautpartien verursachen soll. Hierzu müfste das entwickelungsgeschichtliche Werden dieser Tastballen, nebst ihrer Unterlage und Umgebung, weit klarer als es heute möglich ist, vor uns liegen. —

(Fortsetzung folgt.)

Pathologie und Therapie der Alopecia areata.

Von

A. R. Robinson. M. B. L. R. C. P. & S. Edin.

Professor der Dermatologie an der New Yorker Poliklinik und Professor der Dermatologie und Histologie an dem Med. Kollegium für Frauen zu New York.

(Fortsetzung.)

Die Josephschen Experimente sind von Mibelli bestätigt worden. (V. Mibelli, Ricerche sperimentale sulla etiologia dell' alopecia areata. *Boll. d. sez. med. R. Accad. dei fisiocrit. di Siena.* 1887. pag. 63—68). In des letzteren Experimenten erschienen die kahlen Stellen nicht nur nach der Exstirpation des Spinalganglions des zweiten Halsnerven, sondern auch nach einfacher Kontinuitätstrennung des Halsnerven von seinem Ganglion und von dem dazugehörigen Nervenbündel. Auch wurde das doppelseitige, symmetrische Erscheinen von Stellen, die von der durch den zweiten Halsnerven versehenen Region weit entfernt waren, beobachtet.

Dafs Alopecie manchmal bei Personen mit herabgekommener Ernährung beobachtet wird, dafs sie zuweilen erblich ist oder dafs Rückfälle, wie in dem von Hardaway berichteten Falle vorkommen (*Journal Cutan. and Veneral Discases.* 1884. pag. 260) — in vier aufeinander folgenden Jahren trat immer an derselben Stelle und immer im Frühling Alopecie auf — alle diese Thatsachen sprechen weder für noch gegen die parasitäre oder neurotische Theorie.

Gegen die neurotische Theorie spricht 1. das Fehlen von nervösen Symptomen; 2. die Art und Weise der Ausbreitung der Stellen; 3. die auf dieser Theorie basierenden Behandlungsresultate, und 4. hat die Krankheit die Tendenz von selbst zum normalen Zustande zurückzukehren, während Prozesse neurotischen Ursprungs, welche zur Atrophie führen, die Tendenz haben dauernde Gewebsveränderungen hervorzurufen.

Während nun einerseits die Verteidiger der parasitären Theorie nichts Bestimmtes bewiesen haben, wiewohl der Verlauf der Krankheit und die Behandlungsresultate jene Ansicht begünstigen, haben anderseits die Verteidiger der neurotischen Theorie gezeigt, dafs Haare durch Beschädigung gewisser Nerven ausfallen können und dafs die Art und Weise, wie sie ausfallen, und die Form der kahlen Stellen genau jener von Alopecia areata ähneln.

Meine eignen Beobachtungen über die Ätiologie und Histologie von Alopecia areata enthalten den mikroskopischen Befund affizierter Hautteile aus der Kopfhaut von sieben lebenden Individuen. Die eigentliche Dauer der Krankheit war in den einzelnen Fällen eine ungleiche, bei einigen bestand sie nur wenige Wochen, bei andern Monate oder Jahre lang, und in einem Falle scheint permanente Alopecie erzeugt worden zu sein. Einige der ausgeschnittenen Stückchen wurden in MÜLLERscher Flüssigkeit und Alkohol gehärtet, während andre sofort in Alkohol gelegt wurden, um für die Untersuchungen von Organismen und etwaigen histologischen Veränderungen verwendet zu werden. Die Mehrzahl der ausgeschnittenen Stücke wurden dem peripherischen Teile einer im Stadium der Ausbreitung befindlichen kahlen Stelle entnommen und schlossen einen Teil von Haut mit noch normalen Haaren ein. Von drei Patienten wurden aus neuen und alten Stellen unter anderm auch Stückchen aus dem Mittelpunkt einer vollkommen haarlosen Area genommen, um die Veränderungen nach Ablauf des Prozesses zu studieren. Bei vier dieser Fälle wurde mehr als ein Stück ausgeschnitten, und bei einem Patienten vier Stücke in verschiedenen Stadien der Krankheit.

Vorerst werde ich die Gewebsveränderung bei einem unge-

fähr eine Woche altem Falle beschreiben; die affizierte Stelle war ungefähr zwei fünftel Zoll im Durchmesser grofs, rund, etwas unter das Niveau der normalen Haut eingesunken und der Haare beraubt; — die Schnittfläche hatte den mit Haaren besetzten Rand getroffen. Wenn ich sage, die Stelle war eine Woche alt, so bezieht sich dies auf den Beginn des Haarausfalls, die eigentliche Ursache für die Alopecie mufs schon seit viel längerer Zeit thätig gewesen sein, um den atrophischen Zustand der vorhandenen Haare zu erzeugen. Dieser Patient, ein Bursche von vierzehn Jahren, hatte eine andre Stelle von zweijähriger Dauer und eine von mehreren Monaten. Seine Gesundheit im allgemeinen war vortrefflich, nie hatte er an Kopfschmerzen oder an neuralgischen Symptomen irgend eines Körperteils gelitten. Die Alopecie verschwand in einigen Wochen an zwei, und binnen vier Monaten an allen Stellen.

Die mikroskopische Untersuchung der in Alkohol gehärteten Stücke zeigte folgende anatomischen Veränderungen. Die Epidermis war samt der Hornschicht und dem Rete normal. Die papilläre Schicht des Koriums war nur gering verändert, in einigen Papillen waren Zeichen leichter Entzündung vorhanden, nach der kleinen Anzahl runder Körperchen (weifser Blutkörperchen) zu urteilen, während andre normal zu sein schienen. Im Korium selbst, besonders in dessen oberem Teile, waren unter der papillären Schicht, namentlich in den perivaskulären Regionen, die sich durch eine deutliche Zelleninfiltration und Dilatation der Blutgefäfse auszeichneten und in Fig. 2 folg. Seite abgebildet sind, ausgesprochene Zeichen von Entzündung vorhanden.

Diese Zelleninfiltration fand sich nicht überall im Korium, sondern beschränkte sich nur auf die eigentliche Area, das heifst, es kamen Stellen von scheinbar normaler Beschaffenheit vor, während andre verschiedene Entzündungsgrade zeigten. Es fanden sich keine Zeichen von zweifellos seröser Exsudation, da die Veränderungen mehr jenen glichen, welche bei kleinzelliger Infiltration beobachtet werden, wie z. B. bei chronischer interstitieller Nephritis. Auch erscheint die Entzündung in der perifollikulären Region nicht stärker als in andern Teilen, obwohl in manchen Präparaten eine deutliche perifollikuläre Ent-

zündung vorhanden war. Die Bindegewebskörperchen waren viel deutlicher als gewöhnlich im normalen Zustande, und es schien an vielen Stellen eine thätige Proliferation derselben stattgefunden zu haben.

Das subkutane Bindegewebe war normal. Die Blutgefäfse waren da, wo die Rundzellen-Infiltration bestand, erweitert, und einige der kleinzelligen Arterien enthielten ein fibrinöses Koagulum.

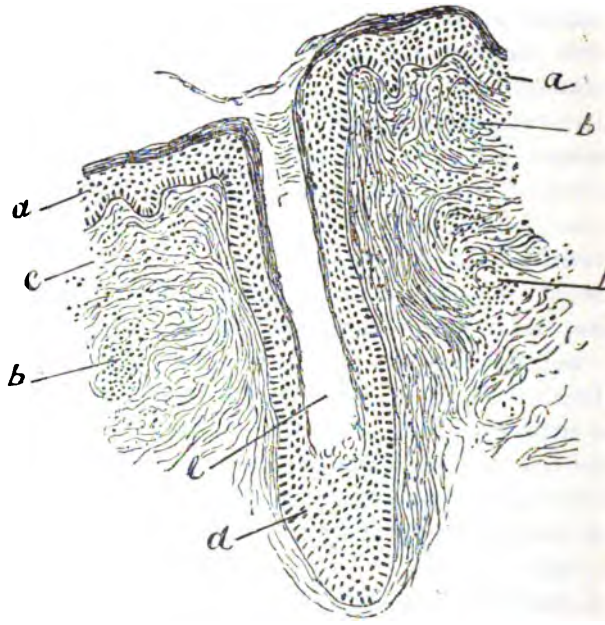


Fig. 2.

a, Epidermis; *b*, Rundzelleninfiltration um die Blutgefäfse; *c*, Korium; *d*, äufsere Haarwurzelscheide; *e*, Raum, welcher früher von dem Haarschaft ausgefüllt wurde.

Auch waren einige der Lymphgefäfse des Koriums und subkutanen Gewebes bedeutend erweitert und enthielten an einigen Stellen ein ähnliches Fibringerinsel. Die subkutanen Gewebe waren, mit Ausnahme des erwähnten Gerinsels, normal. Auch an den Talg- und Schweifsdrüsen waren keine wahrnehmbaren Veränderungen. Die Haarfollikel waren entweder leer (s. Fig. 2) oder enthielten normale oder Wollhaare. Die äufsere Wurzelscheide ist, dem Aussehen nach, normal. In einigen

Fällen waren keine Haarpapillen zu sehen, und der untere Teil des Follikelinhaltes bestand aus pigmentlosen Epithelzellen, welche einen kleinen Haarschaft und weiter oben in dem Follikel Wollhärchen bildeten. An andern Haaren und Haarfollikeln war nichts Abnormes zu entdecken. Einige der Haarschafte zeigten an manchen Stellen Nutritionsstörungen, nämlich Zerspaltung und Zerfaserung des Haarschaftes und hier und da ein abgebrochenes Haar.

Die histologische Veränderung bestand in jenem Falle besonders in gelinder Entzündung des oberen Teiles des Koriums, in einer stellenweise auftretenden kleinzelligen perivaskulären Infiltration der papillären Teile und in einer Proliferation der Bindegewebskörperchen, im Ausfall des Haares (und als Ersatz dafür Wollhärchen) und endlich in Koagulation innerhalb einiger Blut- u. Lymphgefäfse.

In einem andren Falle, bei welchem die Krankheit nur einige Wochen gedauert hatte und das Haar, nach der Anwendung von Quecksilberoleat, rasch wieder gewachsen war, wurden ähnliche Zustände beobachtet.

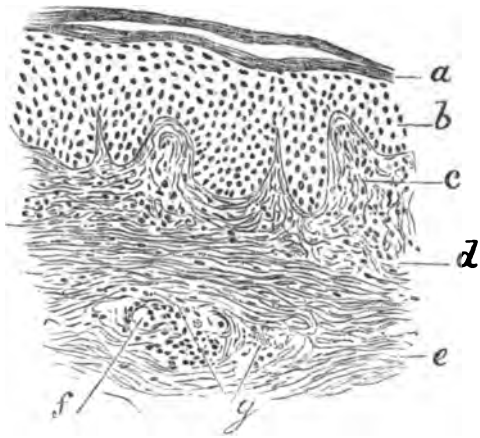


Fig. 3.

a, Hornschicht; *b*, rete mucosum; *c*, papillärer Teil des Koriums; *d*, oberer Teil des Koriums; *e*, tieferer Teil des Koriums; *f*, Blutgefäfs mit Rundzelleninfiltration um dasselbe; *g*, Mikrokokken.

Der nächste histologisch untersuchte Fall betraf einen Mann, der innerhalb eines halben Jahres die eine Hälfte seines Kopfhaares gänzlich verloren hatte. Er schrieb dieses Übel der tiefen Schwermut über den Verlust seines Kindes zu, welches kurze Zeit vor dem Auftreten der Alopecie gestorben war.

In Figg. 3, 4, 5, 6, 7, 8 und 9 werden die histologischen Veränderungen gezeigt. Es kamen die nämlichen Zeichen von

Entzündung, wie in dem ersten Falle, vor, nur waren sie samt denen der papillären Schicht in allen Teilen des Koriums deutlicher. Die Rundzellen ansammlung war in perivaskulären Regionen ganz beträchtlich, und es wurden auch aufserhalb dieser Region eine ziemliche Menge von Rundzellen beobachtet.

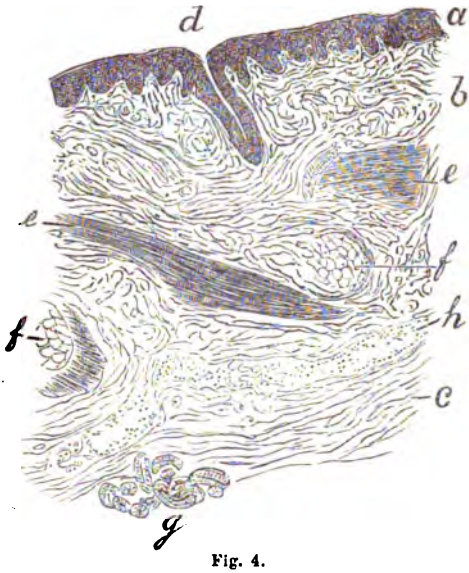


Fig. 4.

Durchschnitt bei schwacher Vergröfserung. *a*, Epidermis; *b*, Korium; *c*, subkutanes Gewebe; *d*, Haarfollikel-Mündung; *e*, Muskel; *f*, Talgdrüse; *g*, Schweifsdrüse; *h*, Lymphgefäfs.

Die Entzündungsveränderungen werden durch die Anschauung eines Schnittes sehr klar, wie ihn Fig. 3 zeigt.

In den Blut- und Lymphgefäfsen waren die fibrinösen Coagula sehr deutlich zu sehen (Fig. 4 und 5 zeigen dieselben innerhalb eines Lymphgefäfses am Anfange des subkutanen Gewebes, und zwar zeigt Fig. 4 die Ausdehnung und Lage eines Koagulums bei schwacher, und Fig. 5 bei stärkerer

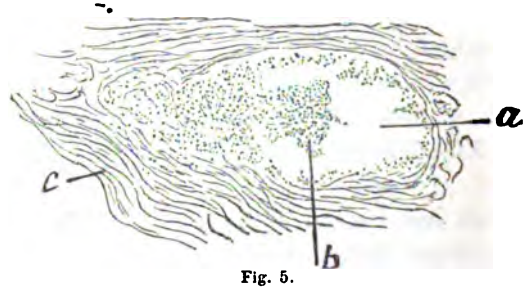


Fig. 5.

Fibrinöses Koagulum im Lymphgefäfs des oberen subkutanen Gewebes. *a*, Lymphräume; *b*, fibrinöses Koagulum; *c*, subkutanes Bindegewebe.

Vergröfserung). Da die Fig. 4 mittels einer Camera lucida gezeichnet wurde, sind die Proportionen richtig; das Lymph-

gefäfs bei *h* ist demnach sehr erweitert und das Koagulum ein sehr langes.

Einige der Arterien und nicht nur die des Koriums, sondern auch jene des subkutanen Gewebes, enthielten fibrinöse Coagula. Diese Coagula füllten entweder völlig oder nur teilweise das Lumen der Gefäfse aus.

Fig. 6 veranschaulicht einen transversalen Schnitt eines solchen Gefäfses und zwar einer Arterie. *a* ist das fibrinöse Koagulum.

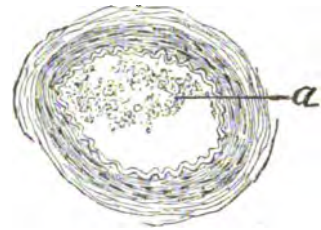


Fig. 6.

Die Schweifsdrüsen waren normal. In einigen Präparaten waren Zeichen von beginnender Entartung eines Teiles der Talgdrüse vorhanden, doch schienen sie im übrigen normal zu sein. Die Haare waren entweder aus ihren Follikeln ausgefallen oder zeigten Veränderungen, die auf einen ähnlichen Prozefs hindeuteten. Die Haarwurzel zeigte atrophische Veränderungen; die äufsere Wurzelscheide stand im Stadium der Lostrennung von den Haarfollikelscheiden, um später samt dem Haare abgestofsen zu werden, oder sie blieb im normalen Verhältnis mit dem sie umgebenden Gewebe, während das Haar allein ausfiel.

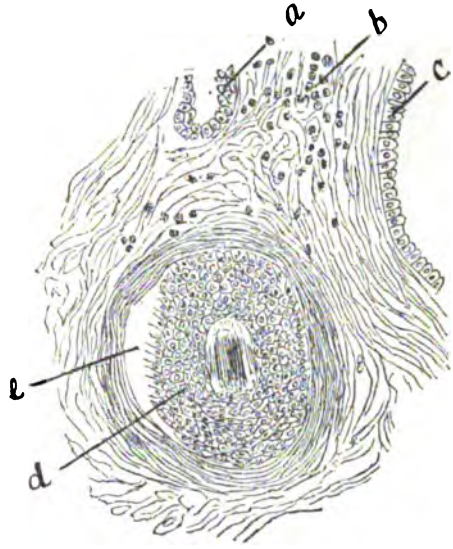


Fig. 7.

Querschnitt eines Haarfollikels. *a*, Schweifsdrüse; *b*, Rundzellinfiltration; *c*, erste Zellenreihe der äufseren mit der Follikelscheide vereinigten Wurzelscheide; *d*, Haardurchschnitt; *e*, abnormaler Raum zwischen dem Follikel und der Haarwurzelscheide.

Fig. 7 zeigt bei *e* die Trennung des Follikels von der Haarwurzelscheide und kann mit dem bei *c* bestehenden normalen Zustande verglichen werden.

Nun werde ich die schon früher besprochenen drei Fälle noch erwähnen. Keiner jener drei Patienten war vorher lokal behandelt worden, bevor ich Stückchen ihrer Haut auschnitt; jedoch zeigten sich bei jedem ausgesprochene Entzündungs-Symptome im Korium, während die Epidermis normal zu sein schien. Da wo Wollhaare vorhanden waren, fehlte die Haarpapille, oder es war nur eine kaum sichtbare Spur davon wahrzunehmen; der untere Teil des Follikels war mit Epithelialzellen, die jenen der äufseren Wurzelscheide glichen, ausgefüllt, und es fing erst weit oben im Follikel die Bildung des dünnen Haarschaftes an.

Alle Wollhaare, die ich bei dieser Krankheit untersucht habe, nehmen ihren Ursprung in dieser Weise und werden wahrscheinlich so lange, als die äufsere Wurzelscheide aus normalen Epithelialzellen besteht, fortwährend erzeugt. Sollte diese Ansicht richtig sein, so würde gänzlicher Haarverlust von ziemlich langer Dauer entschieden auf Atrophie und Zerstörung des Haarfollikels und folglich auf permanente Alopecie hindeuten.

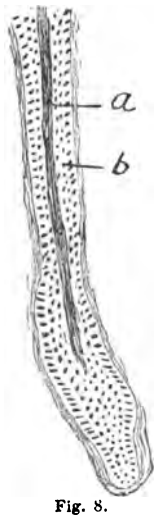


Fig. 8.
Wollhaar. *a*, Haarschaft; *b*, äufsere Wurzelscheide.

Fig. 9 macht den oberen Teil des Haarfollikels mit Wollhaar und die in dem perivaskulärem Gewebe des Koriums bestehende Rundzell-Infiltration ersichtlich.

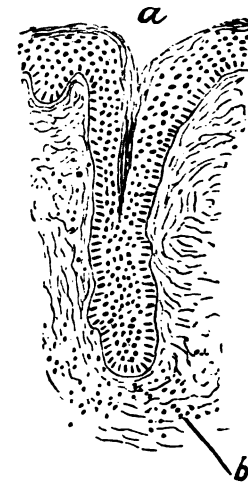


Fig. 9.
Durchschnitt einer Wollhaar-Area. *a*, Haarfollikelmündung; *b*, perifollikuläre Rundzellinfiltration.

Die äufsere Wurzelscheide zeigt sehr häufig Hyperplasie des Epithels, Unregelmäfsigkeit im Kontur, Wachstumszunahme, welche in irgend einem Teile des Haarfollikels, meistens in dem untersten Teile vor sich geht.

Fig. 10 zeigt uns eine solche Hyperplasie, und es kommen überhaupt bei dieser Krankheit ähnliche Zustände zu häufig vor,

um dieselbe anders als pathologisch, nämlich in erhöhter Nutrition des betreffenden Teiles zu betrachten.

In den zwei folgenden Fällen, denen Hautstückchen ausgeschnitten wurden, waren die Patienten durch Jahre hindurch mit der Krankheit behaftet, bei dem einem dauert sie noch fort, und es sind ihm Kopf- und Barthaar, sowie die Augenbrauen ganz ausgefallen; bei dem andren wuchs das Haar nach einer Behandlung von mehreren Monaten an allen affizierten Stellen mit Ausnahme des untern Teiles der regio occipitalis, und es waren nicht einmal, als jener Patient vor sieben oder acht Jahren zuerst in meine Behandlung kam, Wollhärchen zu sehen, und an dieser Stelle ist bisher auch noch kein Haar wieder gewachsen, sie wird daher permanent kahl bleiben. Wenn ich Hautstückchen ausschnitt, so geschah dies nur aus der sich verbreiternden Peripherie. Bei diesen zwei Patienten wurden die nämlichen schon beschriebenen Entzündungsveränderungen beobachtet, aufserdem aber noch Verdickung einiger Blutgefäfswandungen, wie es in Fig. 11 ersichtlich ist, und Atrophie bei andern.

Fig. 10.
Gefüllter Haarfollikel mit Epithelialzellen, welcher durch Zellenzuname in der äufseren Wurzelscheide einen unregelmäfsigen Kontur hat.

Fig. 11.
Querschnitt einer Arterie mit verdickten Wänden. *a*, Gefäfs-Lumen.

Bei einigen Gefäfsen schien das Lumen fast geschlossen zu sein, während die Wände mehrere mal dicker als im normalen Zustande waren. In beiden Fällen war die Epidermis dünner und deren Zellen kleiner. In dem einen Falle, bei dem Heilung eintrat, waren die Talgdrüsen meist gut entwickelt, in dem andren Falle

waren bei einigen Drüsen mehr oder weniger Degenerationsvorgänge zu sehen, während andre nicht affiziert waren.

Der Haarfollikel war entweder haarlos oder er enthielt ein Lanugo-Haar, oder eines, welches im Begriffe war, auszufallen. In diesem Falle zeigte das Haar die von früheren Beobachtern schon beschriebenen Nutritionsstörungen, welche von jenen, die bei normalen, ausgefallenen Haaren gesehen werden, nicht sehr verschieden sind. (Diese Haarveränderungen werden, da sie für die Zwecke der gegenwärtigen Diskussion nicht unumgänglich notwendig sind, in einem ausführlicheren Artikel beschrieben werden.)

Das Fettgewebe war in beiden Fällen normal, so auch das subkutane Zellgewebe, welches, da die Fettzellen gut entwickelt waren, in normaler Quantität vorhanden war.

(Schluſs folgt.)

Referate.

Lupus, von Jonathan Hutchinson. (*Brit. med. Journ.* Jan. 1888.)

H.s Ansichten über Lupus, welche er in drei längeren Abhandlungen entwickelt, stehen in so schroffem Gegensatz zu den Anschauungen, die sowohl in England als auch anderswo bei Dermatologen im allgemeinen für gültig erachtet zu werden pflegen, daſs es unmöglich ist, dieselben im Raume eines kurzen Excerptes verständlich wiederzugeben. Zunächst ist seine Definition des Begriffes Lupus eine ganz andre als die sonst übliche; denn anstatt dieses Wort zur Bezeichnung eines bestimmten, spezifischen Leidens zu gebrauchen, gilt ihm dasselbe nur als ein klinischer Ausdruck für eine gewisse Gruppe von Symptomen. Nach H. ist Lupus „keineswegs ein ens sui generis, sondern bloſs ein wohl charakterisierter Typus chronisch entzündlicher Vorgänge, bei denen die speziellen Eigentümlichkeiten auch groſse graduelle Unterschiede bei den verschiedenen Fällen aufweisen, bei einigen sogar so sehr wenig ausgesprochen sind, daſs sie sich kaum richtig erkennen lassen.“ Er definiert Lupus im allgemeinen als eine serpiginöse, infektiöse, narbenbildende Entzündung der Haut und Schleimhäute. Diese Definition umfaſst die sämtlichen Formen des Lupus, aber weiter nichts, „ausgenommen einige offenbare Fälle von Ulcus rodens und gewisse syphilitische Affektionen.“ Jedoch vermeidet es H., die letzten Konsequenzen seiner Terminologie zu ziehen; er spricht z. B. nicht [doch! vergl. S. 749; der Übers.]

von Lupuskarzinom, obgleich er die Bezeichnung Lupus-Syphilis oder syphilitischen Lupus für Fälle, in denen die syphilitische Affektion grofse Ähnlichkeit mit Lupus darbietet, für gerechtfertigt hält. Von solchen Formen sagt er: „Das ist ein syphilitischer Lupus. Dabei kann ein Ekzem-Lupus oder Rupia-Lupus, Lupus vulgaris oder Lupus erythematosus vorkommen.“ Das Wort Lupus ist hierbei offenbar (wie das H. will) einfach angewendet als „eine bequeme Bezeichnung, unter welcher wir gewisse Typen entzündlicher Vorgänge von endlos wechselnden Einzelheiten, aber mit bestimmten gemeinsamen Merkmalen, zusammenfassen können.“ Trotz dieser eingreifenden Änderung der Bedeutung dieses Wortes behält H. dennoch die Unterscheidung von Lupus vulgaris und erythematosus bei. Ein Blick auf sein Schema der verschiedenen Abarten wird uns belehren, welche völlige andre Bedeutung die sonst üblichen Termini für ihn haben:

Die Lupusgruppe: Allgemeine Definition. — Serpiginöse, infektiöse, narbenbildende Entzündungen der Haut und Schleimhäute.

Hauptformen:

I. Lupus vulgaris. Kennzeichnende Merkmale:

a. Apfelgeleeartige Neubildungen sind gewöhnlich vorhanden in charakteristischer Weise.
b. Assymmetrie vorherrschend.
c. Neigung zu Geschwürbildung.
d. Häufigkeit bei Kindern.
e. Beide Geschlechter fast gleich häufig befallen.
f. Keine grofse Ähnlichkeit mit Frostbeulen.
g. Nur äufserst selten lokal endend.

- Lupöses Struma (mit subkutanen Abscessen und Erkrankung der Drüsen.
- Gewöhnl. Lupus in seinen typischen Formen.
  - Klinische Gruppen.
  - Einzelner Fleck.
  - Multipel auf Händen und Füfsen.
  - Nekrotisierender Lupus der Schleimhäute, des Septum nasi.
  - Lupus mutilans.
  - Elephantiastisch. Lupus.
- Lupöse Akne, sehr selten.
- Lupöses Ekzem „ „
- Lupöse Psoriasis „ „
- Lupöser Naevus „ „
- Lupus lymphat. „ „

Sykosis sowie das Rhinosklerom Hebras sind wahrscheinlich verwandte Affektionen.

II. Lupus erythematosus. Kennzeichnende Merkmale: a. Wenig oder keine Apfelgeleeneubildung. b. Symmetrie vorherrschend. c. Keine Neigung zum Ulcerieren. d. Bei weitem häufiger bei Frauen als bei Männern. e. Tritt nie bei Kindern auf. f. Nahe verwandt mit Frostbeulen. g. Endigt zuweilen letal.	Hauptformen. Lupus seborrhoicus. (L. sebaceus.)	
	Lupus erythematosus (mit seinen typischen Formen).	Klinische Gruppierung. 1. Ist auf das Gesicht beschränkt. 2. Auf Gesicht und Extremitäten vorkommend. 3. Hat eine allgemeine Ausbreitung. 4. bei rekurrierendem Erysipel.
	Frostbeulenlupus.	
	Hitzbeulenlupus.	
	Lupöse Akne rosacea (sehr selten).	
	Lupöse Psoriasis (sehr selten).	

Die Kaposische Krankheit ist wahrscheinlich ein „Familienmitglied" des Lupus erythematosus.

Verf. bespricht sodann eingehend die verschiedenen Formen des gewöhnlichen Lupus, von dem er einschlägige Fälle, Statistiken, mikroskopische Details und die verschiedenen durch Verhältnisse der Lage, Alter und Geschlecht herbeigeführten Modifikationen schildert; ferner den *Modus* der Autoinfektion und die Entstehung von Begleiterscheinungen, Metastasen. Er ist der Ansicht, dafs letztere durch das Übertreten infektiöser Elemente aus der primär befallenen Stelle in das Blut entstehen, und dafs die Neigung der Krankheit, sich auf diese Weise zu vervielfältigen, desto gröfser sei, je jünger der Patient. Ähnliche Verbreitungsweise findet sich bei Ekzema, Keloid, Furunkulosis und andern nicht malignen Affektionen.

In bezug auf die Verwandtschaft von Lupus mit Tuberculosis verhält sich H. sehr reserviert. Von seinen späteren Fällen waren 50 % bei sonstigem völligen Wohlbefinden, bei 30 % ist etwas Anschwellung der Drüsen notiert, die aber oft als sekundär vom Lupus ausgehend nachzuweisen war, und nur in 9 % der Fälle bestand Phthise, die überdies bei manchen durchaus nicht über jeden Zweifel erhaben erschien. Er vermutet, dafs Lupus eng verwandt sein mag mit dem strumösen Zustand, der eine entschiedene Disposition zur Tuberkelinfektion herbeiführt. Ein Konnex

zwischen Lupusnarben und Karzinom ist von ihm wiederholt wahrgenommmen worden.

Lupus erythematosus hält er für eine Schwesterkrankheit des Lupus vulgaris und verficht seine Behauptung, dafs im Laufe der Zeit der Bacillus tuberculosis gewifs dabei nachgewiesen werden wird. (!) Die Argumente, mit denen er die Unterschiede im Krankheitsverlauf, der Lokalisation, dem Alter der Patienten rechtfertigen will, sind sehr problematischer Art. Zwischen Lupus erythematosus und Frost- und Hitzbeulen besteht sehr häufig ein nachweisbarer Zusammenhang. Alle aus derartigen Einflüssen entstandene Affektionen nehmen, sobald sie chronisch werden, fast regelmäfsig die Form des Lupus erythematosus an. Die schwereren Grade desselben können durch den Eintritt von Erysipel, interkurrenter Pneumonie, oder einer akuten katarrhalischen Affektion irgend welcher Art leicht letal endigen. Die Empfänglichkeit für Phthise ist bei Lupus erythematosus und Lupus vulgaris die gleiche.

Diese neue Manier Hutchinsons, neue Namen für verschiedene weniger häufige Hautaffektionen durch einfache Verkoppelung der Namen von gewöhnlicheren Krankheiten oder von solchen, welche wenigstens scharf markiert und charakteristisch sind, ist von englischen Dermatologen heftig angegriffen worden. Auch wird diese Opposition durch Prüfung einiger der von ihm derart angewandten Ausdrücke, wie mir scheint, nur gerechtfertigt erscheinen. So dient z. B. das Wort „Strumolupus" zur Bezeichnung von subkutanen Schilddrüsentumoren, welche durch die Haut durchgebrochen sind, wodurch unregelmäfsige Geschwüre entstehen, „gewöhnlich ohne etwaiges gleichzeitiges Vorhandensein von wirklichem Lupus." „Psoriasis-Lupus" nennt er diejenige Form des echten Lupus, bei der multiple Flecke über den ganzen Körper verstreut sind. „Ekzema-Lupus" ist ihm ein Zustand, welcher bei allen Eigenschaften des Ekzems (trocken oder nässend) die Neigung zu hartnäckigem Bestehen und Narbenbildung aufweist. Klinisch sind diese Formen von dem gewöhnlichen Ekzem durchaus nicht zu unterscheiden, nur durch ihren Verlauf und ihre Widerstandsfähigkeit gegen alle Behandlung (aufser Kauterisieren) haben sie Anspruch darauf, in die Hutchinsonsche Lupusgruppe eingereiht zu werden.

„Acne luposa", der Lupus follicularis disseminatus nach Tilbury Fox, ist eine Verbindung von Akne und Lupus. Das Leiden ist sehr selten, bietet aber sehr ausgesprochene Kennzeichen dar. Wir haben es hier mit Lupus zu thun, der die Lokalisation der Akne aufweist und mit den Talgdrüsen in Verbindung steht. Die „Apfelgelee-"Knötchen sind deutlich ausgeprägt. Die Affektion befällt nicht die Aknepusteln des Rückens, sondern nur diejenigen des Gesichts.

Es folgt nun die Beschreibung einer höchst merkwürdigen Krankheit, für welche H. eine bestimmte, erklärende Bezeichnung nicht anzugeben vermag, denn „das Leiden besteht aus Lichen, Akne, Psoriasis, Ekzem, Frostbeulen und Lupus durcheinander." Trotzdem stellt dasselbe eine wohl

definierbare Erkrankung dar, von welcher verschiedene übereinstimmende Fälle beobachtet werden können. Bei dem von ihm beschriebenen typischen Fall hatte der Patient (Knabe) als ganz kleines Kind an Gingivitis (red gum) gelitten, und es war diese Affektion nie völlig geheilt worden. Die Wangen waren mit Aknepusteln genau wie bei lupöser Akne bedeckt, das ganze Ohr zeigte den ekzematös-lupösen Zustand, während auf den Vorderarmen und Händen ulcerierende Pusteln und verschiedene grofse Geschwüre sich entwickelt hatten. Die Neigung zur Bildung von Stigmata (wie bei der Kaposischen Krankheit) war sehr ausgesprochen. An den Füfsen fanden sich bösartige Frostbeulen. Der ganze Zustand hatte seit Jahren bestanden mit zeitweiligen Verschlimmerungen im Winter während kalten Wetters und zuweilen mit psoriasisartigen Ausbrüchen während des Frühjahrs und Herbstes. H. hat mehrere solche Fälle beobachtet; er hegt keinen Zweifel, dafs dieser Ausschlag zurückzuführen sei auf angeerbte Eigentümlichkeiten der Hautkonstitution und des allgemeinen Gesundheitszustandes wie beim Xeroderm Kaposis.

In sehr engem Zusammenhang hiermit steht ferner die lupöse Psoriasis, ein Ausschlag von schmutzig erythemartiger Beschaffenheit, der in dem beschriebenen Falle Gesicht, Hals, Arme und Rumpf befallen hatte und zu Narbenbildung führte.

Mit lupösem Nävus bezeichnet H. eine Nävusabart, die sowohl serpiginös als auch in sekundären Herden sich ausbreitet, zu Narbenbildung führt, manchmal mit, manchmal ohne vorherige Ulceration In den zwei mitgeteilten Fällen, von denen der eine einen Säugling, der andre ein Mädchen von 17 Jahren betraf, glich das Leiden in jeder Beziehung aufser der Verbreitungsweise dem gewöhnlichen Nävus.

Lupus lymphaticus ist eine ausgeprägte Affektion. Bisher sind freilich nur ungefähr ein Dutzend Fälle zur Beobachtung gekommen, und zwar in London. Sie betrafen mit einer einzigen Ausnahme alle das Kindesalter, und traten als eine Anzahl kleiner, persistierender, in einer konfluenten Gruppe angeordneter Bläschen auf, welche allmählich sich vermehren und zu Nebenherden Anlafs geben. Zuweilen gibt es an diesen Stellen Entzündung und Schorfbildung, bisweilen auch tritt dabei Erysipel auf. Diese Gebiete können bis zu Handgröfse anwachsen, jedoch kommen keine sekundären Ausbrüche auf den andern Körperteilen vor. Kinn, Nase, Schulter und die Seiten des Rumpfes sind die Teile, an denen die Krankheit bisher beobachtet worden ist. Nur eine solche Therapie, die auf gewöhnlichen Lupus einen Einflufs ausübt, bietet Aussicht auf Erfolg.

Unterm Namen Rupia-Lupus beschreibt er des weiteren einen Fall, der in Form eines Rupiafleckes auf dem Kopfe eines sonst gesunden $4^1/_2$jährigen Knaben anfing.

Rhinosklerom, Sykosis, syphilitische Sykosis, Morbus Kaposi (Xeroderma) gelten alle als verschiedene Formen lupöser Erkrankung, hauptsächlich,

wie es scheint, auf grund des Modus ihrer Ausbreitung und ihrer Hartnäckigkeit.

Lupus erythematosus teilt H. in zwei Gruppen ein:

1. Lupus sebaceus, die gewöhnliche Form, welche hauptsächlich die Talgdrüsen befällt.

2. Der eigentliche Lupus erythematosus, welcher in einem oft sehr rapid verlaufenden Erythem der Hände und Füfse besteht und meistenteils von fieberhafter Erkrankung begleitet ist.

Dabei gibt es zahlreiche Mischformen dieser beiden Krankheiten.

Lupo-Carcinoma ist H. sehr häufig vorgekommen. Bei zahlreichen Kranken bestanden die beiden Affektionen gleichzeitig und unabhängig von einander; aber bei allen ist das Karzinom (epitheliales) von sehr malignem Charakter und zeigt grofse Neigung zum Wuchern.

Es ist offenbar, dafs der Verf. den Wunsch hat, verschiedene Fälle, welche mehr oder weniger zahlreiche gemeinsame Merkmale besitzen, in bezug auf Wachstum und Lokalisation in eigne Gruppen zusammenzufassen. Jedoch sind die Verschiedenheiten bei den betreffenden Fällen ungleich auffälliger als die übereinstimmenden Eigenschaften, so dafs diese Gruppierung entschieden nur eine klinische, keine pathologisch-anatomische Bedeutung beanspruchen kann; und selbst wenn man zugeben will, dafs ein solches Klassifizieren zweckdienlich sei, so ist es sicherlich vom Übel, einem Namen, der sonst allgemein nur auf eine bestimmte Krankheit angewandt wird, eine so völlig veränderte Bedeutung beizulegen. Lieber hätte Verf. eine ganz neue Bezeichnung sich kombinieren können, was den sonst unausbleiblichen Verwechselungen vorgebeugt haben würde.

Manchester. H. Brooke.

(Übersetzt von Dr. Philippi in Felsberg.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

In der gynäkologischen Gesellschaft zu München berichtete Stumpf über die Ätiologie des **Herpes arceolaris mammae**, eigentlich eines chronischen krustösen Ekzems, das stets nur den Warzenhof ergreift, auf diesen beschränkt bleibt und hartnäckig jeder Bedandlung widersteht. Bei einem solchen Falle gewann er Reinkulturen eines Pilzes, der genau dem Staphylococcus pyogenes aureus gleicht, und zwar nicht blofs aus den äufseren Krusten, sondern auch aus einem Tropfen Milch, nachdem zuvor die ersten Patien Milch ausgepreßt waren. Stumpf glaubt nun durch die Infektion der Milch die aufserordentliche Hartnäckigkeit der Affektion des Warzenhofes erklären zu können. Werde eine Stelle der Warze mit dem

Pilze infiziert, so finde derselbe Gelegenheit in die Milchausführungsgänge einzuwandern und von hier aus erfolge durch das fortwährende Abträufeln der Milch immer wieder Neuinfektion des äufseren Warzenhofes. (*Münchener med. Wochenschr.* 1888. No. 25.)

Dr. M. Höfler in Krankenheil-Tölz hat seit einer Reihe von Jahren auch die **Heifswasserklystiere** mit oder ohne gleichzeitige Anwendung der Krankenheiler Trink- und Badekur gebraucht und aufser bei Uterinleiden, besonders bei chronischen Blasenaffektionen mit Tenesmus, ferner bei chronisch endzündlichen Prozessen, Anschwellungen und Infiltrationen der Prostata die günstigsten Erfolge damit erzielt.

Die Wirkung dieser Heifswasserklystiere äufsere sich in starker und äufserst rascher Diurese, die in den nächsten Stunden um das nahezu dreifache wachse und in den nachfolgenden Zeiträumen noch vermehrt bliebe. Je weniger Salze und Alkalien die injizierte Flüssigkeit enthalte, je reiner sie sei, desto stärker wäre diese Erscheinung. Diese rasche Abgabe des Urins unterwerfe den Organismus einer kräftigen Durchspülung, diluiere den Harn, erleichtere den Abflufs der Galle, entferne gewisse in den Körper gelangte Gifte, z. B. Syphilis, befreie verstopfte Harnkanäle etc., während der Umsatz der Albuminate bei Heifswasser-Einläufen ohne Salzzusatz weder erhöht noch vermindert werde.

Die günstigen Erfolge der Heifswasserklystiere erklärten sich ferner durch den Einflufs derselben auf das Gefäfssystem, der Puls werde beschleunigter, es entstehe stärkere Blutzufuhr in allen Organen und damit lebhaftere Resorption der Lymph- und Blutgefäfse aus den Geweben.

Die Kautelen für diese Heifswasser-Einläufe in das Rektum mit oder ohne Zusatz von Krankenheiler Quellsalzlauge sind:

a. die Temperatur soll 43—44 ° C., jedenfalls nicht über 45 und nicht unter 40 ° C. sein;
b. der Einlauf soll luftdicht geschehen und
c. am besten unmittelbar nach Kotentleerung, eventuell nach einem Reinigungs-Klystier;
d. nach dem Heifswasser-Klysma soll bei stärkerem Drängen die Horizontallage ca. 10 Minuten eingehalten werden;
e. das Ansatzrohr soll möglichst lang sein und mindesten 10 cm weit eingeführt werden;
f. der Einlauf soll allmählich erfolgen unter langsamem Heben des Irrigateurs;
g. die Menge soll ein Liter nicht übersteigen.

(*Münchener med. Wochenschr.* 1888. No. 23.)

Nürnberg. Eckart.

England.

Der Geruch des Jodoforms. CHARTERIS empfiehlt (*B. M. J.* Jan. 21) die folgende wirksame Salbe:

℞	*Jodoform.*	4,0
	Ol. amygdal.	
	Ol. theobrom.	aa 10,0
	Ol. myristic.	1,0
	Moschi	0,2
	Cumarin.	0,4

In Pulverform wird das Jodoform durch die Zugabe von 1 Teil Moschus auf 10—15 Teile des Desinsiciens genügend desodorisiert.

Syphilis des Auges. (*B. M. J.* Jan. 21.) J. HUTCHINSON jun. demonstrierte ein tertiäres Geschwür der Cornea bei einer Frau, welche soeben von einem vereiternden Gumma des oberen Augenlides geheilt worden war. Das Kornealgeschwür wurde durch lokale Applikation von Jodoform und interne Darreichung von Jodkalium zur Heilung gebracht. Derselbe stellte auch ein 17jähriges Mädchen vor, welche hereditär syphilitisch beiderseitige Iritis, beiderseitige interstitielle Keratitis, sowie auf der einen Iris zwei Gummata darbot. Letztere wurden mittels Quecksilberinunktion zur Resorption gebracht.

Das sogen. Delhi-Geschwür (Delhi-boil) scheint weit verbreitet zu sein. FLEMING (*B. M. J.* Jan. 7) beschreibt dasselbe als im südlichen Afrika sehr häufig vorkommend, sowie auf der Insel Mauritius. LIVINGSTONE hat es unter den Negerstämmen als etwas ganz Gewöhnliches gefunden. Dasselbe kommt auch auf Jamaica vor. Man mufs also den Namen Ulcus orientalis (Oriental sore) als ungenau zurückweisen.

Angioma der Zunge. TREVES beschreibt 2 Fälle dieser Krankheit (*B. M. J.* Jan. 7.); der eine betraf einen 57jährigen kräftigen Mann, der aber von einer Bluterfamilie abstammte. Er selbst litt bis zu 4 Jahren vor der in Frage stehenden Beobachtung an häufiger Epistaxis. Alsdann fing er an aus der Zunge zu bluten und zwar ca. 50 mal im Laufe der 4 Jahre. Bei der Untersuchung derselben sah man mehrere kleine, über das Niveau hervorragende rote Gewächse, von denen 2 die Gröfse einer halben Erbse erreichten, während die andern bloſse Stippchen darstellten. Der gröfste Tumor war mit Sicherheit als arterielles Angiom anzusprechen. Die Neubildungen verschwanden unter Behandlung mit Chromsäure, worauf die Neigung zur Epistaxis sich wieder einstellte. Der zweite Fall betraf eine 31jährige Frau, bei welcher sich der Tumor während des 5. Schwangerschaftsmonats entwickelte. Derselbe war auf dem Zungenrande gegenüber den Backenzähnen lokalisiert; der daraus entstehende Blutverlust linderte ein sonst unerträgliches Kopfweh; da jedoch derselbe zuweilen sehr be-

trächtlich war, wurde beschlossen, die Neubildung zu entfernen. Bei einem dritten Falle hatte sich das Angiom ebenfalls während der Gravidität (im 4. Monat) entwickelt und hatte ebenfalls ein sonst bestandenes Kopfweh beseitigt. In diesem Falle war der Tumor hinter den 2 Schneidezähnen der rechten Seite lokalisiert und zeigte ausgesprochenes Pulsieren. Die Blutung war sehr reichlich, weswegen die Entfernung der Neubildung durch Extraktion des lateralen rechten Schneidezahnes, mit dessen Periost die Geschwulst fest verwachsen war, notwendig erschien.

Fall von kongenitalem Pemphigus. Malcolm Morris (*B. M. J.* Jan. 28) demonstrierte vor der Med. Soc. Lond. ein 4jähriges Kind, an welchem wenige Wochen nach der Geburt ein bullöser Ausschlag auftrat und seitdem ohne Unterbrechung fortbestanden hat. Derselbe zeigte sich zuerst auf der Streckseite der Hände und Füfse und breitete sich gewöhnlich symmetrisch weiter, ohne jedoch jemals die Handteller oder Fufssohlen zu befallen. Das Kind schien sonst gesund zu sein, namentlich waren keine Zeichen von Syphilis nachzuweisen, abgesehen davon, dafs eine Besserung blofs auf Darreichung von Quecksilberpräparaten eintrat. Dr. Colcott Fox, welcher das Kind früher behandelt hat und Arsenik sowohl als Quecksilber verschrieben hatte, ohne ein Resultat zu erzielen, glaubt, dafs die eingetretene Besserung auf die günstigen hygieinischen Verhältnisse des Hospitals zurückzuführen sei.

Illustrationen für klinische Chirurgie. Jonathan Hutchinson. Fascicul. XIX. Tafeln LXXI—LXXIII mit verschiedenen Formen von Elephantiasis.

Behandlung des Ulcus cruris. Dr. Philippi vom Deutschen Hospital, London (Felsberg) berichtet über sehr günstige Resultate in der Behandlung des Ulcus cruris mittels Unnascher Gelatine und Verbände bei poliklinischen Patienten (Die Stauungsdermatosen des Unterschenkels und ihre Behandlung. *Deutsche Med. Zeitg.* 1885). Als Hauptvorteil dieser Methode erwies sich die Möglichkeit für die Patienten, den erkrankten Teil während der ganzen Dauer der Behandlung zu gebrauchen. Die Heilung erforderte von 3 bis 16 Wochen, doch hatte bei vielen das Leiden schon sehr lange bestanden.

Raynaudsche Krankheit. Smith Shand (*B. M. J.* Febr. 18) beschreibt einen eine 20jährige Dienstmagd betreffenden Fall dieses Leidens; bei der Aufnahme ins Hospital klagte dieselbe über Schmerzen in der Regio hypogastrica und lumbaris, sowie häufigen Urindrang; dabei war starke Fieberhitze vorhanden. Die Haut war feucht, aber am ganzen Körper von erythematöser Röte bedeckt. Die Lippen waren geschwollen, von purpurblauer Farbe. Nach 24 Stunden traten schwarze Flecke auf der Haut auf; dieselben zeigten sich zuerst an den Ohren (wo sie von bullöser Beschaffenheit waren), dann an den Wangen, Nasenspitze, nach weiteren 24 Stunden auf dem Gesicht, dem Hals, den Armen, Händen und Beinen bis an die

Kniee. Zwei der Flecke auf den Armen wurden zu 17,5 × 8,8 cm und 14 × 7,5 cm gemessen. Ihrem Eintritt ging stets ein Gefühl von Brennen an den betreffenden Teilen, das auf Druck sich sehr verschlimmerte, vorher. Sie traten plötzlich ein, waren von intensiv schwarzer Farbe, von scharfer Begrenzung ohne Abstufungen oder Übergänge ins umgebende Gewebe. Mit ihrem Eintritt verminderte sich das allgemeine Erythem erheblich. Nach 8 Tagen bildete sich eine rote Randzone; gleichzeitig trat oberflächliche Nekrotisierung ein. Die Flecke auf den Ohren schrumpften ein und verschwanden allmählich mit Hinterlassung einer kleinen dicken Borke, welche später abfiel und eine kleine atrophische Stelle auf dem linken Ohr zurückliefs. Am 9. Tage waren die Krankheitssymptome (Kreuzschmerz, häufiger Urindrang, Eiter und Eiweifs im Urin) verschwunden, aber es bestand noch 3 Wochen lang eine beträchtliche Temperaturerhöhung (am 28. Mai 40,3° C.). Die letzten Reste der Ulcera waren am 4. Juli auf dem Wege der Heilung. Behandlung hatte während der ersten 3 Tage in 4stündigen Dosen von Antipyrin (0,66) bestanden; später wurde Arsenik und Strychnin gegeben. Patientin litt auch an Hysterie und an Dysmenorrhöe. Im Winter hatte sie auch zuweilen Frostbeulen gehabt. Dieser Fall zeigt mit den meisten der bisher beschriebenen darin übereinstimmende Momente, als derselbe ein junges erwachsenes, weibliches Individuum betraf, die, wie dies bei der in Frage stehenden Krankheit öfters beobachtet wurde, an Menstrualstörungen litt; dagegen weicht derselbe von den andern in 3 Punkten ganz entschieden ab:

1. Das Vorhandensein des unstreitig direkt auf die Krankheit zu beziehenden Fiebers. (S. S. hat sorgfältigst nach einer fremden Ursache der Temperatursteigerung vergeblich geforscht. Er erklärt dieselbe durch nervöse Einflüsse, als Folge von Störungen in den die Temperaturverhältnisse regulierenden Nervenzentren.)

2. Das Vorhandensein eines deutlich markierten, erythematösen Stadiums, das demjenigen der Ischämie und Cyanosis vorherging.

3. Das Nichtbefallensein der Hände und Füfse, sowie das Vorhandensein grofser Flecke an den Armen, welche gewöhnlich davon verschont bleiben.

Hornbildungen der Haut. Bland Fulton schildert (*B. M. J.* Febr. 25) in einer „Anatomische Eigentümlichkeiten in ihrer Beziehung als Krankheitsmomente" betitelten Vorlesung mit Illustrationen die Hornbildungen, welche sich auf der Haut bei Menschen, Vierfüfslern und Vögeln finden.

Wie es scheint, besteht bei Vögeln eine eben so grofse Neigung zur Entwickelung solcher Neubildungen wie bei den Mammalia. Es darf wohl angenommen werden, dafs in allen Fällen das Wachstum dieser Hörner von Talgdrüsen ausgeht. In dem einen der erwähnten Fälle wurde jedesmal beim Mausern von dem Flügel eines Bastard-Kanarienvogels ein langes, gebogenes Horn abgestofsen. Talgdrüsencysten finden sich zuweilen auf dem Kopfe bei Vögeln; sie sind bald von breiigem Inhalt, bald hart

und lamellös. Normalerweise kommt eine Gruppe von kutanen Hörnern auf den Vorderarmen des Hapalemur griseus und bei Lemur catta (ringelschweifiger Lemur) vor. Bei ersterem findet sich unter dem ganzen Gewächse eine Drüse von ovaler Gestalt; bei letzteren fand F. eine gröfsere Anhäufung von Drüsen, aus deren eingedicktem Sekret die Hörner entstanden waren. Diese Gebilde beanspruchen insofern gröfseres Interesse, als sie wahrscheinlicherweise Zwischenstufen darstellen zwischen den eigentlich pathologischen Hornbildungen der Haut und dem normalen Horn der Nasenhaut des Rhinoceros. Auch dürften sie einige Aufklärung geben über die Entstehungsweise der sogen. Hornwarze auf der Innenseite des Vorderbeins beim Pferde.

Abortivbehandlung bei Syphilis, von Jonathan Hutchinson. (*B. M. J.* Febr. 25.) Seit vielen Jahren hat H. solche Patienten, welche mit Ulcus durum ohne anderweitige, syphilitische Symptome zu ihm kamen, stets die Aussicht eröffnet, dafs sie mit aller Wahrscheinlichkeit von einem sekundären Stadium gänzlich verschont bleiben würden. Die angewandte Behandlung war stets die gleiche gewesen, und zwar bestand dieselbe in der Darreichung von 0,065 Hydrargyrum c. Creta (1 grain), d. h. 0,022 Hydrarg. pur. dreimal täglich in Pillen, wenigstens während 6 Monaten. Die Resultate waren fast ebenso gleichmäfsig wie die Therapie, oder wenigstens variierten sie nur je nach dem Zeitpunkt, zu welchem die Behandlung in den Krankheitsverlauf eingriff. Der Einflufs des Medikamentes zeigt sich meistens ganz deutlich im Laufe einer Woche durch Weicherwerden des Ulcus; nach weiteren drei Wochen oder wenig mehr ist dann die Kur vollendet, indem die Patienten dann von allen Symptomen bis zum Ende der Behandlung frei bleiben, nur dafs sie vielleicht eine geringe aber hartnäckige Vergröfserung der Leistendrüsen aufzuweisen haben.

Wenn diese Behandlung nun am Ende von 6 Monaten unterbrochen wird, so zeigt sich nicht ganz selten nach weiteren 3—4 Wochen ein allgemeiner erythematöser Ausbruch, der aber niemals sehr intensiv ist, niemals papulös wird oder Schuppen bildet und stets in wenigen Tagen wieder verschwindet, wenn die Quecksilberbehandlung wieder aufgenommen wird. Niemals ist das Allgemeinbefinden dabei affiziert, und nur selten stellt sich Angina dabei ein. Jedoch kann die Häufigkeit seines Auftretens nach einer sechsmonatlichen Behandlungsdauer nicht in Abrede gestellt werden. Freilich sind sogar nach noch längerer Zeit Recidive in Gestalt von Ulcerationen der Mundschleimhaut, schuppigen Flecken auf den Handtellern, Neigung zu vorübergehendem Erythem an der Cutis vorgekommen, indes waren diese Erscheinungen gewöhnlich auf irgend einen bestimmten Reiz zurückzuführen. H. behauptet, es sei durch den frühzeitigen und unausgesetzten Gebrauch des Quecksilbers ganz gut möglich, das sekundäre Stadium völlig zu koupieren oder mit andern Worten eine Abortivbehandlung der Syphilis zu erzielen.

Wo infolge von Diarrhöe oder Speichelfluſs die Behandlung unter-

brochen werden mufste, ist das Resultat weniger vollkommen, dagegen glaubt H., dafs man mit Leichtigkeit dem Auftreten sekundärer Erscheinungen vorbeugen kannn, wenn nur der Patient Vorsicht anwendet und im stande ist, das Medikament zu ertragen. Damit soll aber nicht gesagt sein, dafs es möglich sei auf diese Weise Syphilis zu heilen, denn die tertiäre Syphilis kommt hierbei garnicht in Betracht. Die spezifische Wirksamkeit des Quecksilbers ist bewiesen, einmal durch seinen Einfluſs auf das primäre Geschwür, ferner durch seine Fähigkeit, bei syphilitischem Fieber die Temperatur herabzusetzen und syphilitische Ausschläge zum Verschwinden zu bringen. Die Ursache, weshalb wir mittels dieses Medikaments noch nicht im stande sind, eine wirkliche Heilung der Krankheit zu erzielen, hat wahrscheinlich darin ihren Grund, dafs wir noch nicht eine vollkommene Methode der Darreichung gefunden haben.

Abort durch Syphilis. Black (*Med. Soc. Lond.* Febr. 27) stellte eine Frau vor, welche nach 12 aufeinander folgenden Frühgeburten infolge von Syphilis während der Quecksilberbehandlung von einem gesunden Kinde entbunden wurde.

Einfaches perforierendes Geschwür des Septum nasi. Die Affektion bietet in bezug auf die Differentialdiagnose zwischen Lupus und Syphilis als ätiologische Momente Interesse dar. Jessop (*B. M. J.* März 10) beschreibt 4 Fälle:

1. Eine 44jährige Dame litt an einem perforierenden Geschwür des Septum, welches mittels Auskratzen und Ätzen mit Salpetersäure geheilt wurde; es blieb danach eine bleistiftgroſse Öffnung zurück.

2. Eine 30jährige Frau litt seit einem Jahr an einer Perforation des vorderen Teils des Septum; dabei war nur der hintere Rand von geschwürigem Aussehen.

3. Bei einem 39jährigen Manne bestand eine glattrandige 1 cm im Durchmesser betragende Öffnung.

Der 4. Fall betraf eine 34jährige Dame; bei diesem allein war eine Möglichkeit für eine syphilitische Ätiologie vorhanden aber keineswegs mit Sicherheit nachzuweisen. Lokale Behandlung erzielte Besserung. —

Manchester. H. Brooke.

(Übersetzt von Dr. Philippi in Felsberg.)

Aus der Praxis.

No. 31. Antwort auf No. 18. Heft 8. Dr. T. in B. Nach eingezogenen Erkundigungen teilen wir Ihnen mit, dafs einzelne **Wandtafeln der Sexualorgane** nicht existieren, dafs dagegen in Verlage von Veit & Co. in Leipzig folgende Werke erschienen sind, die die betreffenden Tafeln enthalten:

1. Braunes *Topographisch-anatomischer Atlas* (*M.* 120), Wandtafeln nach Durchschnitten des gesamten menschlichen Körpers.

2. Braune, *Lage des Uterus und Fötus am Ende der Schwangerschaft* (Wandtafeln). *M.* 45.

3. Braune, *Der männliche und weibliche Körper im Sagittaldurchschnitt* (im Atlas enthalten).

Die Redaktion.

No. 32. Meine Tochter, die 17 Jahre alt, leidet seit ihrer Geburt an starkem **Schwitzen der Hände**, und alle Mittel, untern andern auch Ung. Diachylon, die wir bis jetzt angewandt haben, blieben erfolglos. Würden Sie wohl die Güte haben, uns irgend ein Mittel anzugeben, durch welches dieses Übel gehoben werden könnte.

Dr. P. i. M.

Antwort: Nach meiner Ansicht ist die Abnormität, an welcher Ihre Tochter leidet, nicht auf eine Affektion der Schweifsdrüsen zurückzuführen und speziell nicht auf eine Erkrankung der die Schweifsdrüsen versorgenden Nerven, da diese Drüsen nur den fettigen Teil des Schweifses produzieren; vielmehr fasse ich sie auf als eine abnorme Veranlagnng des ganzen Gewebsfilters, welches die Abführung des Hautwassers nach aufsen besorgt. Dasselbe besteht aus den Kapillaren und dem Bindegewebe des Papillarkörpers, den Lymphwegen der Oberhaut und der Schweifsporen. Wo die gröfsere Durchlässigkeit auf der Bahn des Filters liegt, läfst sich mit Bestimmtheit nicht sagen, und mag im Einzelfalle verschieden sein, dabei ist nicht ausgeschlossen und sogar physiologisch notwendig, dafs vermehrt wässerige Transsudation aus den Schweifsporen die Absonderung des fettigen Drüsenproduktes durch dieselben Schweifsporen befördert. Hiernach wird das Sekret des Handtellers teils wässerig, teils fettig sein, bei gröfserer Abundanz mehr wässerig. Einen bedeutenden Faktor in der Absonderung dieses Sekretes bildet natürlich das Verhalten der kapillaren Blutgefäfse, und je nachdem dieselben erweitert oder verengert sind, unterscheide ich die warme und kalte Schweifshand. Bei den warmen Schweifshänden wird die starke Abkühlung, welche durch Verdunsten des übermäfsig vorhandenen Sekretes erzeugt wird, durch die Wärme des rasch zirkulierenden Blutes überkompensiert. Bei den kalten führt die abnorm starke Wasserverdunstung ungehindert zu einer starken Abkühlung der Extremitäten. Die meisten sogenannten, einfach kalten Füfse sind nichts weiter, als Fälle von schwacher Hyperhidrosis bei mangelhafter Zirkulation der Haut der Extremitäten.

Die Behandlung der kalten Schweifsfüfse hat lediglich in der Regulierung des Verhältnisses zwischen arterieller Gefäfsfüllung und der abnorm starken Verdunstung von der Haut zu bestehen. Am zweckmäfsigsten läfst man vor dem Zubettgehen heifse Fufsbäder geben mit Zusatz hautreizender Mittel, als Kampferspiritus, Senfmehl, Essig oder andre. Darauf

Abtrocknen der Hände und Füfse und Einsalben mit einer hyperämisierenden Salbe (z. B. Terpentin, Ichthyol ää 5,0, Ung. Zinci 10,0). Am Morgen kann man mit der Abwaschung umgekehrt eine Friktion mit eiskaltem Wasser verbinden, weil von da an die Extremitäten in aktiver Bewegung bleiben. Diese kalte Abreibung mufs aber so lange fortgesetzt werden, bis eine Hyperämie und eine deutlich wahrnehmbare Erwärmung der Haut erzeugt wird; danach Einpuderung mit einem senfmehlhaltigen Streupuder in die Strümpfe. Mit dieser Behandlung der kalten Schweifsfüfse mittels Rubefacientien kann man zweckmäfsiger Weise noch Mittel kombinieren, welche die Oberhaut zum Schrumpfen zu bringen, die Poren des Hautfilters zu verengen geeignet sind. Dazu empfehle ich vor allem Ichthyol als Salbenzusatz, Seife oder spirituöse Einreibung (bei Tage). Für die Behandlung der warmen Schweifsfüfse und Schweifshände (wahrscheinlich auch Ihr Fall) kommt es nur auf eine gleichmäfsige Verkleinerung des arteriellen Gefäfskalibers einerseits und der Filterporen für das Hautwasser anderseits an. Für beide Zwecke empfehle ich vor allem wieder Ichthyol, aber ohne die reizende Anwendung starker Wärme abends und starker Kälte morgens. Daher abends lauwarmes Fufsbad ohne Zusatz, Einsalben mit einfacher Ichthyolsalbe (Ichthyol, Aqua ää 5,0, Lanolin 20,0) und darüber Strümpfe. Morgens lauwarme Abwaschung, Einschäumen mit überfetteter Ichthyolseife, trockenes Abwaschen des Schaumes, so dafs ein Rest auf den Händen und Füfsen verbleibt. Im Gegensatz zu den sauren Bädern sind hier alkalische Bäder geeignet, die arterielle Fluktion herabzusetzen. Ich empfehle sie jedoch nicht, weil sie die Oberhaut zugleich stark erweichen. Ferner mache ich darauf aufmerksam, dafs man bei der so nahe liegenden Anwendung der Gerbsäure nicht, wie viele Ärzte es thun, an eine gerbende Wirkung derselben bei unverletzter Oberhaut denken darf, da sich die Hornschicht (Keratin) nicht wie die Cutis (Kollagen) gerben läfst. Als Säure ist Acid. tannic. immerhin, wie die andern Säuren bei dieser Affektion, zu verwerten. UNNA.

Verschiedenes.

Die Jugendzustände der spanischen Fliege. Die Entwickelungsgeschichte der Kantharide war bisher eine Terra incognita für den Entomologen nicht minder, wie für den Laien. Man wufste lediglich, dafs die Larven ihre Existenz auf Kosten gewisser Arten von Honigbienen fristen, ohne jedoch zur Klarheit über das gegenseitige Verhältnis beider Arten von Tieren gelangt zu sein. Nach Mitteilungen von KOLBE in der *Pharm. Ztg.* ist es dem Franzosen BEAUREGARD nach mühsamen und zeitraubenden Versuchen gelungen, den Schleier des Geheimnisses zu lüften. Er verschaffte sich eine Anzahl lebender Käfer, und brachte sie in von engem Drahtgitter umgebenen Käfigen zur Vermehrung. Von allen andern Käfern unter-

scheiden sich die Vesikantien, zu welchen neben Cantharis auch u. a. die Gattungen Meloe, Mylabris und Cerocoma gehören, dadurch, dafs sie zwei Larvenzustände besitzen. Die dem Ei entschlüpfte Larve der Kantharide, die Pseudonymphe oder Triunguline (so bezeichnet, weil sie an jedem Fufs drei Klauen hat) verpuppt sich, geht dann in ein zweites Larvenstadium, das der Nymphe über, aus welchem nach abermaliger Verpuppung das fertige Insekt entsteht. Die ganze Entwickelung läfst sich nach Beauregard in folgendem zusammenfassen:

Die Eier werden in die Erde gelegt, die nach 2—3 Wochen hervorkommenden Triungulinen graben sich dank ihrer Behendigkeit in den Boden ein und suchen nach Zellen unterirdisch lebender Bienen. Sicher werden die Eier von den Käfern in die Nähe solcher Honigzellen gelegt; wenn nicht und wenn die Triunguline stirbt, bevor sie ihren Lebensunterhalt gefunden hat, so genügt die Zahl der Eier, welche das Weibchen legt, um in jedem Falle einige Nachkommenschaft zu sichern. Wenn die Triunguline die gesuchten Zellen von Colletes, Meliturgus oder Megachile, den gewöhnlichsten dieser unterirdischen Bienenarten gefunden hat, verzehrt sie den Inhalt dieser Zellen und häutet sich unterdessen mehrere mal. Alsdann, ohne in einer Bienenzelle zu verbleiben, wie die Larven von Meloe und Sitaris, verläfst sie dieselbe, gräbt sich in den Boden ein, häutet sich nochmals, worauf sie zur Pseudonymphe wird, und überwintert in diesem Zustande. Dieses beständige Leben in der Erde erklärt die frühere Hypothese, dafs die Cantharislarven von Pflanzenwurzeln lebten. In der That kommt auch erst das entwickelte Insekt aus der Erde hervor. Auf das Überwintern folgt der zweite Puppenzustand, aus dem im Anfang des Sommers das fertigte Insekt hervorgeht.

Die Cantharis lebt also parasitisch bei mehreren Hymenopterenarten aus der Gruppe der einsam lebenden Bienen, und diese Thatsache bringt sie Meloe und Sitaris nahe, entfernt sie aber von Epicanta, welche Gattung früher häufig mit Cantharis (Lytta) vereinigt wurde. (*D.-amerik. Apoth.-Ztg.* 1888. No. 4.)

Weichmachen von Pergamentpapier geschieht am besten durch Bestreichen, Eintauchen oder Einreiben mit Glycerinlösungen von Chlorcalcium. Der Imprägnierungsstoff wird nicht nur oberflächlich aufgenommen, sondern dringt in die Poren. Der indifferente Charakter des Papiers wird nicht geändert, wie es z. B. durch Öl, das übrigens das Papier nur starrer macht, geschehen würde. Heifse Wasserdämpfe führen nur zeitweilig zum Ziel. — Diese Notiz aus der *Deutsch-amerikan. Apothekerzeitung* ist nicht nur verwertbar für Verbände, sondern auch von theoretischem Interesse in bezug auf die von Lier und Unna aufgestellte Theorie der Chlorcalciumwirkung. S. pag. 361 dieses Jahrgangs.

Verlag von Leopol[illegible]rg und Leipzig.
Druck der Verlagsanstalt und Druckere[illegible] (vormals J. F. B[illegible]

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 16. 15. August 1888.

Über einen neuen Spülkatheter für die Urethra.

Von

Dr. Carl Schütze
in Hamburg.

Es existieren eine nicht unbeträchtliche Anzahl von sogenannten Spülkathetern, die aber alle mehr oder weniger Nachteile haben, welche ihren Gebrauch wenig praktisch machen. Die meisten dieser Katheter bewirken nur eine leichte Berieselung der Schleimhautflächen, das sind die siebartig durchbrochenen; andre wiederum bespülen nur eine geringe Fläche und auch diese nur ohne jeden erheblichen Druck ebenfalls nur in Form einer Berieselung. Das zweckmäfsigste dieser Instrumente ist vielleicht noch der bekannte Zuelzersche Spülkatheter, der aber auch nur ca. die Hälfte der Urethra bespült. In folgendem möchte ich nun einen Katheter beschreiben, dem obige therapeutisch ins Gewicht fallende Mängel nicht nachgesagt werden können, der hingegen meines Erachtens ein brauchbares Instrument in der Therapie der mannigfaltigsten Harnröhrenleiden werden dürfte.

Der Katheter — aus vernickeltem Metall gearbeitet— besteht aus einem langen kannelierten Rohre, welches sich 3 cm oberhalb der knieförmigen Biegung verjüngt bis ungefähr 2 cm über die Mitte des ganzen gebogenen Endes vom Katheter und an seiner Spitze offen ist. Über diese Ausflufsöffnung ist eine geschlossene längliche Kappe gestülpt, von der Weite des ganzen Rohres, welche bis zum Beginne der Verjüngung herabreicht und dort mit dem Hauptrohre auf der Höhe der hervorspringenden Riefen so verlötet ist, dafs zwischen

dem unteren Rande des glatten aufgesetzten Endes und dem kannelierten Rohre vermittels der tiefen Rillen des letzteren Öffnungen gelassen werden, um die Spülflüssigkeit ausfliefsen zu lassen. Im Prinzipe ist dieses Instrument dem FRITSCHschen Uteruskatheter ähnlich, die Wirkung des letzteren ist aber eine weniger intensive.

Die Spülflüssigkeit wird nun durch das Einflufsrohr entweder vermittelst einer Spritze oder eines Irrigators mit beliebiger Gewalt eingeführt und strömt dann, von den Wänden des aufgesetzten geschlossenen Endes zurückgeworfen, durch die Öffnungen zwischen dem Ansatzstück und den Katheterrillen mit entsprechender Gewalt wieder heraus. Das glatte Ansatzstück verschliefst die Blase, so dafs die Spülflüssigkeit nicht in dieselbe eindringen kann, was bei differenten Lösungen sehr in Betracht kommt. Die Spülöffnungen befinden sich nach Einführung des Katheters oberhalb der pars prostatica, und so bewirkt das Instrument nicht nur eine völlige Inundation der ganzen Urethra, sondern ermöglicht auch direkt ein intensives Abspülen derselben. Da die Biegung des Spülkatheters nur schwach ist, so kann man mit demselben auch leichte Drehungen, soweit es die von den Längsleisten bedeckten Stellen der Urethra verlangen, also etwa 1½ mm ausführen. Auf diese Weise ist man sicher, die ganze Fläche der Urethra bespült und gereinigt zu haben.

Vier Haupteigenschaften sind es, die mein Instrument vielleicht empfehlen könnten: erstens wird die ganze Schleimhautfläche der Urethra mit der Spülflüssigkeit in Berührung gebracht; dann kann man diese Flüssigkeit mit beliebiger Gewalt durch die vis a tergo wirken lassen; ferner lassen sich konzentrierte und differente Lösungen in die Urethra bringen, die man gleich hinterher allmählich abschwächen kann, um so einer Resorption von seiten der Schleimhaut vorzubeugen, schliefslich aber — eine nicht zu unterschätzende Eigenschaft — werden durch diesen Katheter die infizierenden Sekrete von hinten nach vorne geschafft, entgegen der Wirkung der Injektionsspritzen etc., welche die Sekrete von vorne nach hinten treiben und auf diese Weise vielleicht öfter, als man zugeben möchte, zu Entzündungen des vas deferens und der Epydidymis beitragen.

Die Indikationen zur Anwendung des Katheters liegen ja auf der Hand, und von welcher Bedeutung ein wirklich brauchbarer Apparat zur Innundation der ganzen Urethra besonders bei chronischer Gonorrhöe, Prostatitis, Urethritis etc. ist, wird wohl jedem einleuchten.

Zum Schlusse sei noch bemerkt, dafs ich mir dieses Instrument in der Fabrik des Herrn DANNENBERG hierselbst habe anfertigen lassen, wo es auch zum Preise von 6—7 Mark zu kaufen ist.

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium.

Keratohyalin und Eleidin.

Eine vorläufige Mitteilung

von

Dr. BUZZI.

Es bestehen in der Histologie der Oberhaut heutzutage die gröfsten Widersprüche über die Natur der Körner und Tropfen, welche in der Übergangszone zwischen Stachel- und Hornschicht vorkommen. Während RANVIER diesen Körnern und Tropfen den Charakter einer „huile essentielle“ und flüssige Konsistenz zuspricht, halten WALDEYER und UNNA an der älteren Ansicht fest, dafs es sich um solide, dem Hyalin nahe stehende Ausscheidungen aus dem Zellenprotoplasma handele. Sicher ist, dafs gute Gründe für beide Anschauungen vorhanden sind.

Mir ist es nun gelungen nachzuweisen, dafs man unter den hier vorkommenden körnigen und tropfenartigen Gebilden wenigstens zwei ganz verschiedene Substanzen zu unterscheiden hat.

Die eine erscheint beim Anschneiden von frischen Schnitten frei auf der Schnittfläche der basalen Hornschicht in Form von Tropfen eines flüssigen Fettes, welche sich leicht verwischen lassen und aufser der roten Tingierung mit dem Pikrokarminat

RANVIERS noch folgende Reaktionen besitzen: sie färben sich mit Alkanna, Osmiumsäure, spritlöslichem Nigrosin, sulfosaurem Nigrosin und einer Reihe von ätherischen Farbenextrakten, dagegen nicht mit Hämatoxylin.

Die andre tritt auf in Form von Körnern innerhalb der Zellen der Körnerschicht, läfst sich selbst beim Anschneiden der Körnerzellen nicht wegwischen und läfst sich aufser mit dem Pikrokarminat RANVIERS in spezifischer Weise hervorheben durch Hämatoxylin, durch die Pararosanilin-Jod-Methoden, durch Rotkohlextrakt und einige andre Farben, ist dagegen nicht färbbar durch Alkanna, Nigrosin und die andern fettfärbenden Substanzen.

Durch diesen Befund lösen sich alle Widersprüche, welche unter den Forschern betreffs der Konsistenz und Reaktion des sogenannten Keratohyalins und Eleidins herrschen. Die zuerst beschriebene Substanz entspricht dem Eleidin RANVIERS, die zuletzt beschriebene dem Keratohyalin WALDEYERS; beide liegen in nächster Nachbarschaft, sind aber dennoch topographisch ebenso sehr geschieden wie durch ihre Reaktionen.

Hamburg, Ende Juli 1888.

Die Fortschritte der Hautanatomie in den letzten 5 Jahren.

Von

P. G. UNNA.

I.

Die Architektur der Oberhaut und des Papillarkörpers.

(Fortsetzung.)

Bald nach dem Erscheinen der dritten Arbeit von LEWINSKI und der ersten von KOLLMANN hielt BLASCHKO in der Berliner physiologischen Gesellschaft (21. Dezember 1883) einen Vortrag:

Zur Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Oberhaut (*Du Bois' Archiv.* 1884. pag. 173).

Blaschko hält darin Lewinski entgegen, dafs die Stachelschicht eine konstante, typische Form besitze und folglich nicht eine weiche Platte sein könne, deren Gestalt von den in jedem Augenblick herrschenden Druck- und Spannungsverhältnissen abhängig ist. —

Auf diesen Punkt brauchen wir nicht noch einmal einzugehen. In der besprochenen Beschränkung besteht der Fund von Lewinski zu Recht; er besitzt nur eine bescheidene physiologische Wirksamkeit, aber eine hohe theoretische Bedeutung. Die feste Gestaltung des Papillarkörpers wird dadurch nicht im mindesten berührt.

Zuerst entsteht nach B. die „Drüsenleiste" im vierten Embryonalmonat, dann die Schweifsdrüsen im vierten bis fünften, sodann die „Falte" im sechsten, und zuletzt die Querleisten im siebenten und achten Monat. Drüsenleisten, Drüsen und Querleisten leitet B., wie Kollmann, aus der Wucherung der Oberhaut und den dadurch erzeugten Seitendruck ab, ebenfalls ohne des Gegendrucks der Hornschicht als des zweiten notwendigen Faktors zu gedenken.

Die „Falte" dagegen, d. h. die leistenförmige Verdickung der Oberhaut nach der Cutis zu, welche mit der Knäueldrüsen erzeugenden Drüsenleiste regelmäfsig abwechselt und niemals Drüsen produziert, ist nach B. als eine vollständige Einfaltung aller Schichten der Oberhaut nach innen anzusehen. B. stellt sich vor, dafs dieselbe Überproduktion des Epithels in der Längsrichtung, nachdem sie die Drüsenleisten vorgetrieben, auch noch die ganze Oberhaut in regelmäfsige Falten wirft. Er findet durch Messungen, dafs die Hornschicht über der Drüsenleiste und über der Falte die gleiche Dicke hat und nur die Einknickung oberhalb der Falte eine Verdünnung vortäuscht.

So sicher nun Blaschko recht hat, wenn er die Bildung der „Falte" für ganz verschieden erklärt von der der „Leisten" und Drüsen, so ist doch die Vorstellung einer „Einfaltung" sämtlicher Oberhautschichten unhaltbar und ganz unnötig. Das Vortreiben einer wirklichen Falte durch Epithelüberschufs würde

nämlich zur Folge haben müssen, daſs ein Maximum des dadurch erzeugten Druckes auf die Cutisunterlage sich an dem untersten Winkel der Falte in der Gestalt der dort vorkommenden Epithelien und in Übergangsbildern bis dahin geltend machte. Die Epithelien müſsten platt gedrückt und der Cutis mit dem Längsdurchmesser parallel sein; da die Vortreibung eben nicht durch Produktion an Ort und Stelle, an dem äuſsersten Winkel der Falte, sondern von fernher durch Druck erzeugt sein soll. Statt dessen sitzen aber hier, wie auf den Papillen senkrecht wohlgebildete Cylinderepithelien, und doch senkt sich hier die Hornschicht tief ein wie bei einer wirklichen Falte.

Die Bildung dieser Falte ist jedoch leicht zu verstehen, wenn man sich vergegenwärtigt, daſs diese Einsenkung der Hornschicht auf einer papillenlosen Cutisfläche statthat und nur hier. Wenn die Papillen auch nicht selbständig gesproſst, sondern nur „stehen geblieben“ sind, so stellen sie doch stets die Herde reichlichster Ernährung dar, und Durchfeuchtung, Ernährung und Proliferation gehen im Umkreise derselben kräftig, in den Intervallen dazwischen mäſsig von statten. Ich habe bereits wiederholt für die normale Haut wie für eine Reihe pathologischer Bildungen, so z. B. Keratome aller Art, darauf aufmerksam gemacht, daſs das Herabsteigen der Hornschicht auf ein tieferes Niveau nur eine Folge geringerer Ernährung und stets an die Räume zwischen den Papillen gebunden ist. Die Drüsenleisten enthalten nun 2 Reihen widerstandsfähiger Punkte der Cutis, welche vom Epithel umwachsen werden und später Blutkapillaren enthalten, d. h. Papillen bilden; hier behält die Stachelschicht ihre Dicke bei, Körnerschicht und Hornschicht steigen nicht allmählich herab. Wohl aber tritt dieses zwischen den Drüsenleisten ein und dadurch wird der Anblick einer gleichmäſsigen Einfaltung aller Oberhautschichten erzeugt. In Wahrheit aber ist zuerst die Stachelschicht nach unten leistenartig durch Proliferation vorgetrieben und bei mangelndem Nachwuchs die Hornschicht und Körnerschicht, im Maſse als die Stachelschicht verhornte, allmählich eingesunken. Trotzdem wollen wir Blaschkos Ausdruck „Falte“ wegen seiner Kürze und äuſserlichen Berechtigung beibehalten. —

Natürlich wendet sich auch B. gegen die Vorstellung KOLLMANNS von dem glockenförmigen Vorschub des Epithels mit nachträglicher Ausfüllung durch Papillen. Zur Hälfte sind die Papillen gegeben durch Bildung der Drüsenleisten und Falten; sie werden im 8. Monat vollendet durch Vorwucherung der Querleisten, welche die Drüsenleisten miteinander verbinden. Bei Neugeborenen und Affen sind diese Verhältnisse noch leicht nachweisbar. Beim erwachsenen Menschen wird mit der Wucherung der Drüsen selbst die Drüsenleiste relativ dünn, zeigt einen gewundenen Verlauf, und viele sekundäre Querleisten komplizieren das dort einfache und verständlichere Bild.

In diesem Vortrage BLASCHKOS haben wir einen Fortschritt eigentlich nur in der prinzipiellen Gegenüberstellung der Falten- und Leistenbildungen zu konstatieren; dagegen begegnen wir in B.s zweiter gröfseren Arbeit über denselben Gegenstand einer grofsen Fülle wertvoller, neuer Befunde und vor allem einer neuen und vorzüglichen Untersuchungsmethode.

Diese Abhandlung: „Beiträge zur Anatomie der Oberhaut" ist, reich mit vorzüglichen Tafeln ausgestattet, im *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. XXX. pag. 495 veröffentlicht. BLASCHKO unterscheidet 3 verschiedene Methoden der Untersuchung für die Gesamtform der Oberhaut: 1. Quer- und Flachschnitte frischer und gehärteter Haut; 2. Flächenansichten durch Kochen und Fäulnis von der Oberhaut befreiter Cutis (besonders für Nägel und Lippen); 3. Flächenansichten der Oberhaut von unten, die entweder durch Kochen (Nägel) oder durch einfaches Abziehen von faultoten Früchten gewonnen werden. Vorzüglich die letztere höchst einfache, makroskopische Präparation hat B. die lehrreichsten Präparate geliefert. Die Manipulation geht überall leicht von statten, bis auf die Lippen und den behaarten Kopf. Die abgezogene Oberhaut wird mit Hämatoxylin auf der Innenfläche begossen, am Objektträger angetrocknet und in Balsam montiert. B. verfolgt nun die Oberflächenansichten der Cutis einerseits und die darauf wie die Hohlform zum Abgufs passenden Unterflächenansichten der Oberhaut anderseits durch alle Regionen der Haut und beginnt mit den unbehaarten.

Volarfläche der Hände und Füfse. An der Hand und

besonders den Fingern der Affen tritt die Falte an Ausdehnung sehr zurück gegen die Drüsenleiste. Beim Neugeborenen herrscht hier noch dieselbe Regelmäfsigkeit im Wechsel zwischen Falten und Leisten, aber später bilden sich beim Menschen zahlreiche sekundäre und tertiäre Querleisten, die verschieden weit hinabreichen und oft schräge verlaufen. Die Papillen sind nicht immer kegelförmig, sondern häufig abgestutzte, 3—5-kantige Pyramiden. Da die primären Querleisten nicht so tief hinabreichen wie die Längsleisten, so stehen die Papillen selber auf durchgehenden Längsleisten. Die Drüsenleisten entstehen nicht auf einmal (KOLLMANN) auf der ganzen Hand, sondern von den Zehen- und Fingerspitzen anfangend zentripetalwärts, ohne die Tastballen KOLLMANNS auszuzeichnen, was allerdings gegen die Bedeutung der Tastballen als Ausgangspunkt der Oberhautfurchung sprechen würde. In derselben Ordnung folgen die Drüsen, die Falten und endlich die Querleisten; im 8. Monat ist der Papillarkörper fertig ausgebildet.

Nägel. Das Nagelbett der Neugeborenen und Kinder aus dem ersten Jahre zeigt nur 2 Regionen, eine distale mit Längsleisten, von denen am vorderen Rand 2—5 zusammenstofsen, um in eine gröfsere Leiste überzugehen und eine proximale mit in Längsreihen orientierten spindelförmigen Gebilden, die nur selten durch Querfortsätze verbunden sind. Erwachsene weisen dagegen 3 Regionen auf: eine distale mit hohen Leisten, die nach hinten sich teilen und verschmächtigen, einen zentralen linsenförmigen Raum, der seitlich nicht ganz bis an den Rand des Nagels reicht und mit einem äufserst feinen Netz schmalster Leisten versehen ist, und eine proximale Region, in der die feinen Leistchen sich wieder zu hohen vereinigen, die starke Querleisten zeigen. Seitlich von dem zentralen, linsenförmigen Raum vereinigen sich die distale und proximale Region. Ganz hinten am Nagelbett findet man nur ein unregelmäfsig netzförmiges Gefüge.

H. HEBRA in seiner bekannten Arbeit sind die feinen Leisten des linsenförmigen Raumes entgangen, weil er an dem Cutisabdruck, wo die entsprechenden Cutisleisten sehr niedrig und schwerer als auf der Unterfläche der Oberhaut wahrzunehmen sind. Wie bei der Hohlhand so treten auch beim Nagel mit

dem Alter neue Querleisten hinzu durch sekundäre Wucherung des Epithels.

Dies ist der Typus, wie er besonders am Daumennagel jugendlicher weiblicher Individuen gefunden wird. Eine gewöhnliche Abweichung ist es, dafs in der Proximalzone statt Längs- und Querleisten nur eine unregelmäfsige netzförmige Struktur, also Einzelpapillen, auftreten. Der zentrale linsenförmige Raum ist zuweilen unregelmäfsig, geht bis an den seitlichen Rand des Nagels oder fehlt ganz. Am gleichmäfsigsten ist die distale Zone, d. h. für uns: das eigentliche Nagelbett gebaut; selten treten hier Querleisten, resp. Papillen auf. BLASCHKOS zentrale Zone bestimmt natürlich mit ihrem vorderen Rand den Rand der Lunula; sie und die proximale Region zusammen konstituieren nach meiner Ansicht die Nagelmatrix.

Mundlippen. B. unterscheidet am freien Lippensaum mit LUSCHKA zwei Teile, die vordere glatte (glabra) und hintere höckerige (villosa) Partie, besonders am Neugeborenen und Affen. Im ersten Lebensjahre wird die höckerige Partie auch glatt. Die vordere zeigt langgezogene, selten mit Papillen besetzte Epidermis- und Cutisleisten, die hintere sehr dicke, grofse Epithelwülste, welche sich in die Maschen rhomboider Cutisleisten einsenken, auf denen fadenförmige, nach hinten immer länger werdende Papillen sitzen. Erstere Zone grenzt sich scharf von der behaarten Haut ab, letztere geht allmählich in die Mundschleimhaut über.

Brustwarze. Wo die Haare am Hof der Warze aufhören, setzt ein rhomboidales Netzwerk starker Epithelleisten ein, welches die Warze ringförmig umgibt und zwischen den Haaren sich in einem ganz feinen Netze fortsetzt.

Äufsere Genitalien. Die Haut des Penis zeigt längsverlaufende Epithelleisten, die nach vorn immer höher und zuerst nur schwache, später stärkere und dicht an der Glans sehr starke Querleisten aufweisen. Auf der Glans tritt sofort ein zirkulär angeordnetes Netz von Epithelleisten mit radiären Querleisten auf, welche letztere gegen die Mündung der Urethra die Oberhand gewinnen und dieselbe oft spiralig umkreisen. An den schwierig zu untersuchenden weiblichen Genitalien konnte

B. soviel erkennen, daſs an der Innenfläche der kleinen Labien nur lange Leisten vorkommen, die nach dem Introitus fächerförmig konvergieren und durch lange Querbrücken verbunden sind.

Äuſserer Gehörgang. Einige Millimeter vor dem Trommelfell hören die Haare in einer spiraligen Linie auf, in deren Fortsetzung auf der unteren Seite des Gehörgangs Epithelleisten fortlaufen, welche vor Erreichung des Trommelfelles in einen Wirbel seitlich von der Mittellinie enden. An der oberen Wand verlaufen feinere Leisten, welche das Trommelfell zum Teil umfassen, zum Teil mit feinen Wirbeln bedecken, die individuell viel mehr variieren wie die Leisten der unteren Wand. Ebenso sind schon beim 5-monatlichen Embryo die Epithelleisten zart angelegt, wie an den Tastballen der Finger. B. schlieſst daraus mit Recht, daſs die Anordnung der Leisten nicht, wie KOLLMANN glaubt, durch den Wachsthumsdruck der Epidermis, *sondern* schon durch die erste Anlage der Cutis bestimmt ist. Diese gilt es also, in Zukunft zu erforschen.

Behaarte Haut. Die Fortsetzung der Haarspiralen an der Brustwarze und dem Gehörgang lehrt, daſs das Analogon der Leistensysteme auf der unbehaarten Haut die Haare selbst sind. So beginnen denn auch zugleich mit den Drüsenleisten die Haarkolben zu sprossen; Leisten und Haare sind weiter in spiraligen Kurven angeordnet, die an bestimmten Knotenpunkten Wirbel bilden. Die Bildung der Haare geht nicht vom divergierenden zum konvergierenden Wirbel, sondern schreitet unbekümmert um dieselben flächenhaft fort (gegen VOIGT); die Haaranlagen stehen auch von vornherein schief eingepflanzt (gegen VOIGT und KÖLLIKER). In den drei letzten Monaten vor der Geburt beginnt ein schwaches Leistenwachstum zwischen den Haaren, von Hand- und Fuſsrücken beginnend und proximalwärts ziehend. BLASCHKO unterscheidet 4 verschiedene Typen:

I. Typus. Hier befinden sich gar keine Leisten und Papillen. So besonders an der Stirn, dann an der Raphe perinei, Ohrmuschel, einigen Teilen der Skrotalhaut und Achselhöhlen. Am Gesicht finden sich nur äuſserst zahlreiche kleine Buckel, keine Leisten.

II. Typus. Streifenförmig flache Leisten, parallel ziehend, häufig gegabelt. Hierhin gehört vor allem der Hals, dann der Mons Veneris, wo die Leisten den Haarströmen parallel laufen.

III. Typus. Halbgeschlossene Netze mit länglichen Maschen, gebildet aus parallel den Haarströmen verlaufenden Längsleisten und kurzen, oft unvollständigen Querbrücken an Rücken und Bauch.

IV. Typus. Geschlossene Netze am behaarten Kopf und den Beugeseiten der Extremitäten. Auf der Grenze vom dritten zum vierten Typus befinden sich: das Gesäfs, die Streckseiten der Extremitäten und häufig der Rücken. Am Kopf war B. nur die Schnittmethode möglich und ergab die Längsleisten parallel den Haarströmen und bogige Querbrücken, daher im Durchschnitt ovale oder halbmondförmige Papillen, deren längerer Durchmesser den Haarströmen parallel ist. Die Papillen und Leisten sind mit den Haaren gleich schief geneigt. An den Extremitäten findet sich überall ein gleichmäfsig geschlossenes Netz von Epithelleisten ohne Bevorzugung einer Längsrichtung. Die Schweifsdrüsen liegen auch auf der behaarten Haut auf Leisten, die aber so schwach angedeutet sind, dafs sie leicht übersehen werden.

B. macht darauf aufmerksam, dafs an der Kopfhaut, entgegen dem Simonschen Prinzip, Spaltrichtung der Cutis und Richtung der Epithelleisten sich senkrecht kreuzen, läfst aber anderseits gerade so, wie ich es Lewinski gegenüber betont, einen eben solchen richtenden Einfluſs der Muskelbewegung auf das Maschenwerk der Epithelleisten zu wie auf das der Cutisfibrillen. Ein Widerspruch liegt hierin nicht, da Muskelbewegungen an der Kopfhaut eben nicht vorkommen. Ich mufs jedoch aufserdem noch darauf hinweisen, dafs die Oberhautfelderung, welche bis jetzt nur am Lebenden makroskopisch studiert wurde, lediglich die „Falten“ Blaschkos umfafst, während uns die Epithelleisten an der Cutisgrenze in ihrer viel gröfseren Mannigfaltigkeit vollkommen entgehen. Der Haupteinfluſs der Muskelbewegung geht nun gewifs zunächt nur auf einen Teil

der „Falten“, welche durch sie vertieft und in bestimmten Richtungen verzogen werden.

Ich glaube, dafs jeder Leser mit mir übereinstimmen wird, dafs in dieser Arbeit von BLASCHKO ein bedeutungsvoller Fortschritt zum besseren Verständnis von Oberhaut- und Papillarkörper gemacht ist. Nur eine neue, handliche Methode konnte mit einem Schlage eine solche Fülle neuer, exakter Thatsachen vor uns enthüllen. Lange stand es bereits bei allen denkenden Histologen fest, dafs die hergebrachte Beschreibung des Papillarkörpers nach senkrechten Hautschnitten grundfalsch war, und ich habe diesen Punkt in meiner Hautanatomie stark genug hervorgehoben. Einzelne Streiflichter einer besseren Anschauung, wie sie z. B. in der Nagelarbeit von H. HEBRA auftauchten, liefsen die übrige Dunkelheit nur um so stärker hervortreten. Das ist nun vorbei; BLASCHKO hat mit der alten Methode des Studiums gründlich gebrochen, und an uns liegt es nun, auf dieser Bahn fortzugehen und für die Pathologie der Haut ebenfalls die Strafse des hergebrachten Schlendrians zu verlassen. Wir müssen in Zukunft durchaus die Unterfläche der Oberhaut und die Oberfläche der Cutis in Totalansichten zu erhalten suchen. Die Methodik für diesen Fall existiert noch nicht; sie mufs aber gefunden werden. Dann erst werden die lahmen Schlagwörter von „Papillarhypertrophie“ und „Vergröfserung der Epithelzapfen“, gegen welche AUSPITZ umsonst ankämpfte, richtigeren Begriffen wirklich weichen.

Pathologie und Therapie der Alopecia areata.

Von

A. R. Robinson. M. B. L. R. C. P. & S. Edin.

Professor der Dermatologie an der New Yorker Poliklinik und Professor der Dermatologie und Histologie an dem Med. Kollegium für Frauen zu New York.

(Schluſs.)

Die Veränderungen, welche ich jetzt beschreiben werde, wurden bei einem Patienten, den ich vor ungefähr acht Jahren nur ein Mal gesehen habe, beobachtet. Die Krankheit hatte zu jener Zeit schon mehrere Jahre bestanden und sich über die ganze Kopfhaut verbreitet. Vor kurzem erfuhr ich, daſs die Krankheit in derselben Intensität wie damals fortbestehe.

Die aus der Kopfhaut ausgeschnittenen Stückchen zeigten in allen Teilen, auſser in den Blutgefäſsen, mehr oder weniger Atrophie. Epidermis und Korium waren dünner. In den Geweben fand sich eine bedeutende Atrophie vor, die Talgdrüsen waren in vielen Schnitten normal, während sie in vielen andern degeneriert und gänzlich verschwunden waren.

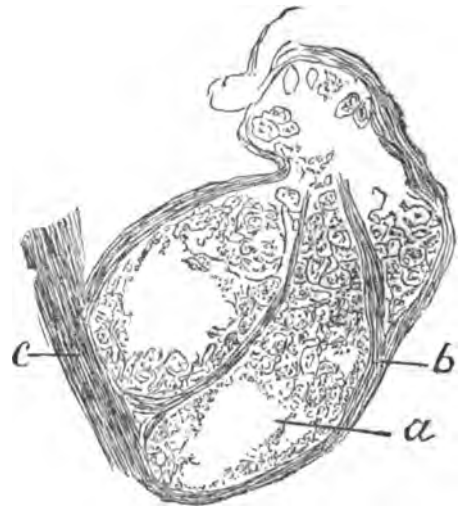


Fig. 12.

Teil einer Talgdrüse von chronischer Alopecia areata. *a*, degeneriertes Drüsen-Epithel; *b*, Bindegewebegerüst; *c*, Muskelbündel.

Manchmal waren nur geringe Überbleibsel einer Drüse zu finden. In Figur 12 wird ein Teil einer Talgdrüse, deren Bestandteile gröſstenteils schon zerstört sind, dargestellt, während das

noch Vorhandene sich schon im Stadium der Degeneration befindet.

Das Fettgewebe zeigte die in einfacher Atrophie gewöhnlich beobachteten Zeichen, aber wie bei den Talgdrüsen gab es ziemlich viele Stellen, wo es ganz normal oder kaum afiziert war.

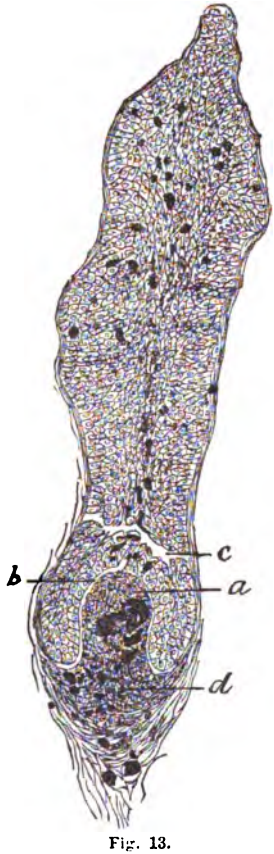


Fig. 13.

Unterer Teil eines Haarfollikels bei chronischer Alopecia areata. *a*, Haarpapille; *b*, leerer Raum zwischen der Papille und dem Haarfollikel-Epithel; *c*, Raum, wahrscheinlich durch die MÜLLERsche Flüssigkeit künstlich erzeugt; *d*, Pigmentansammlung.

Der Haarfollikel zeigte die, bei normalem Ausfallen des Haares beobachteten Zeichen, oder deutlich die der Atrophie mit Verschwinden der Papille und des Follikels.

Je nach dem Grade jener Veränderungen waren Lanugo-Haare, oder nur ein leerer Raum, innerhalb des vorher im Haar enthaltenden Haarfollikels vorhanden. Die unregelmäfsige abnorme Verteilung des Pigments war in mehreren Fällen sehr auffallend. Anstatt in der gewöhnlichen Lage war es innerhalb der Haarpapille, unter den Epithelzellen des Haarfollikels und in dem perifollikulären Gewebe in unregelmäfsigen Klumpen verteilt.

Diese abnorme Pigmentablagerung wird in Fig. 13 gezeigt.

In Fig. 14 werden jedoch sehr verschiedene anatomische Veränderungen gesehen. Die Haarfollikelscheiden sind atrophiert und eingeschrumpft. Die Membrana propria ist stark verdickt und zeigt die zahnartigen Stricke; die Haarpapille ist verschwunden und das Haar selbst ist im Stadium des Ausfallens. Man sieht hier, dafs der Prozefs nicht dem normalen ähnlich ist, denn es sind keine Gewebe, aus denen ein neues Haar sich bilden könnte, zurückgeblieben.

Fig. 13 stellt wahrscheinlich ein früheres Stadium ähnlicher Veränderungen dar. Der Follikel hat sein gewöhnliches Aussehen verloren; die Papille ist der Form nach noch normal, und es hat sich darin Pigment in unregelmäfsigen Massen abgelagert. Der Zustand zeigt eine durch die Veränderungen in den Blutgefäfsen hervorgerufene Hemmung im Haarwuchs.

Jener Patient wurde mir zur Konsultation geschickt, und meine Meinung ging damals (vor acht Jahren) dahin, dafs die Alopecia durch die obigen Veränderungen permanent bleiben würde. In dem atrophierten Haarfollikel waren entweder keine oder nur Lanugo-Haare vorhanden, nur hier und da waren auf der Kopfhaut einige wohl entwickelte Haare zu sehen. In den wenigen Papillenhaaren zeigte der Schaft meistens Längsspaltungen und feine Querbrüche.

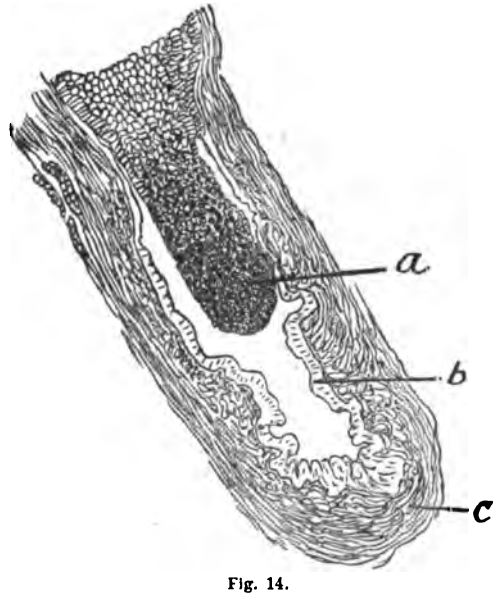


Fig. 14.

Schnitt eines Haarfollikels bei vorgeschrittener chronischer Alopecia areata. *a*, Haarwurzel; *b*, Membrane propria; *c*, Follikelscheiden.

In Fig. 15 sind Degenerationen einer Talgdrüse und Fibrillation eines Haares zu sehen. Die Follikelbasis ist mit runden Zellen gefüllt, und die Follikelscheiden sind undeutlich. Der Schnitt färbte sich nicht gut, und der in dem Schafte beobachtete Querbruch ist ohne Zweifel durch das Härten des Schnittes künstlich hervorgerufen, indem die normale Kohäsion der Zellen durch die frühere Atrophie sehr gestört worden ist.

An einigen Stellen waren die Blutgefäfse atrophiert, während die Arterien durch Zunahme des Bindegewebes Verdickung der Wände und Verkleinerung des Lumens zeigten. Dieser Zustand wird in Fig. 11 (S. 743) gezeigt.

Die oben beschriebenen Veränderungen wurden in sieben verschiedenen Fällen von Alopecia areata angetroffen. Es kamen bei jedem Entzündungsveränderungen vor, sowie auch eine nicht sehr verbreitete Rundzellinfiltration, welche gröfstenteils auf die perivaskuläre Region sich beschränkte, indem die Bindegewebekörperchen in den Teilen zunahmen. Diese Entzündung war jedoch nicht eine speziell perifollikuläre — es war nur, da die drüsigen Gewebe mehr als das Koriumgewebe mit Blutgefäfsen versehen ist, die Entzündung um jene herum oft sehr ausgesprochen; es kam auch in rezenten Fällen in vielen Lymphgefäfsen Lymphkoagulation mit nachfolgender Stockung der Strömung in den befallenen Teilen vor. Ferner war in einigen der grofsen und kleinen Arterien koaguliertes Fibrin und endlich in älteren Fällen Verdickung der Blutgefäfswände vorhanden.

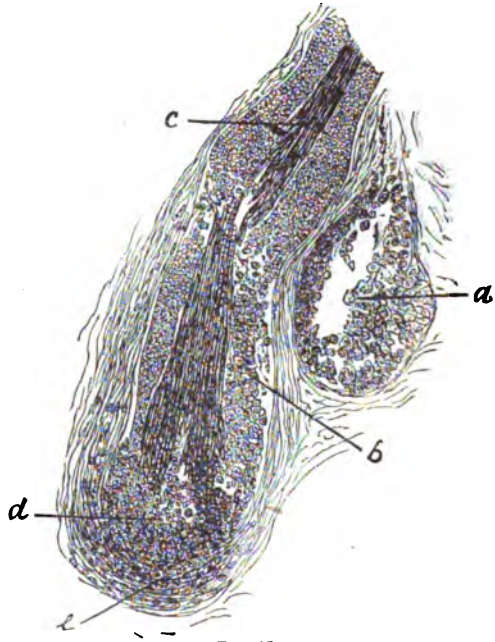


Fig. 15.

a, Talgdrüse; *b*, äufsere Wurzelscheide im Begriff der Degeneration; *c*, Haarschaft; *d*, Haarwurzel; *e*, Follikelscheiden.

In rezenten Fällen waren nur, was die Anhangsgebilde der Haut betrifft, die Haarfollikel afiziert; in den weiter fortgeschrittenen Fällen waren auch die Talgdrüsen verändert, und in dem schlimmsten Falle war auch eine allerdings nur teilweise Atrophie in dem subkutanen Fettgewebe vorhanden. Der Sitz der Entzündungsveränderungen deutete auf das ursächliche Agens als nicht speziell auf das Haarfollikelgewebe wirkend ein, sondern mehr im allgemeinen auf das Korium, und das in den Lymph- und Blutgefäfsen sitzende Koagulum zeigt, dafs das

Agens nicht ein zentrales, sondern ein in der Haut liegendes sei.

Die in rezenten Fällen beobachteten Veränderungen zeigen, dafs die bei dieser Krankheit gleich im Anfange vorkommende Eingesunkenheit der affizierten Stellen, wie HUTCHINSON meint, von dem Ausfallen der Haare, und nicht, wie MICHELSON behauptet, von einem primären Verschwinden des subkutanen Fettgewebes oder von Atrophie der Cutis abhänge.

Durch diese meine Beobachtungen bleibt über jene Frage kein Zweifel mehr übrig. Die Schnitte zeigen entschieden, dafs gewifs keine Atrophie des Binde- oder Fettgewebes in dem ersten Stadium der Krankheit besteht.

Ferner kommt in schweren chronischen Fällen der eingesunkenen Stellen der Haut das sekundäre Verschwinden der Talgdrüsen noch als Faktor dazu. Dieses Verschwinden der Drüsengebilde kommt jedoch sehr selten, wie wir gesehen haben, und in Fällen von temporärer Alopecie wahrscheinlich niemals vor; wenn es vorkommt, so ist, wie ich in dem einen Falle, wo sogar geraume Zeit hindurch kein Lanugo-Haar mehr wuchs, gezeigt habe, keine Möglichkeit für das Wiederwachsen des Haares denkbar.

Diese Veränderungen in den Drüsengebilden hängen augenscheinlich von einer Atrophie, dem Resultate einer Entzündung und Verdickung der Blutgefäfswände und der daraus resultierenden Verengung ihres Lumens ab. In allen Fällen wird eine zeitweilige Verengung des Lumens beobachtet; und in den von mir beobachteten schlimmsten Fällen war neues Bindegewebe in ziemlich grofser Masse vorhanden, auch war die Muskelschicht scheinbar dicker als im normalen Zustande. Man könnte glauben, das Hindernis rühre, wenigstens in den älteren Fällen, teilweise von den verdickten Blutgefäfswänden und in den rezenten Fällen auch von dem in den Arterien und Lymphgefäfsen vorhandenen und die Nutrition hemmenden Koagulum ab. Sollte eine Arterie geschlossen sein, so könnten die Haare einer ziemlich grofsen Area, wenn sie nämlich durch jene Gefäfse versorgt werden, plötzlich ausfallen, oder es würde, sobald in den Lymphgefäfsen eine ziemlich bedeutende Koagulation stattfindet, dasselbe Resultal wie in Fig. 4 geben.

Auf diese Weise würde ich das bei dieser Krankheit gleich im Anfange plötzliche Ausfallen der Haare einer gröfseren oder kleineren Area erklären. Die Blässe der Haut und die fehlenden Entzündungssymptome hängen von der unzulänglichen Blutzufuhr und dem Faktum ab, dafs die Entzündungsprozesse hauptsächlich in der subpapillaren Schicht vorsich gehen, und der Prozefs daher in einer Kleinzelleninfiltration besteht.

Die Frage, ob da eine Entzündung bestehe, könnte vom klinischen Standpunkte aus bestritten werden. Jedoch können die mikroskopisch untersuchten Schnitte eines frischen Falles, in denen die Entzündungsveränderungen leicht zu erkennnen sind, über diese Frage keinen Zweifel mehr übrig lassen.

Der Prozefs ist daher ein entzündlicher.

Joseph hat, wie man sich erinnern wird, durch seine Experimente Haarausfall infolge einer reinen Atrophie hervorgebracht, und die mikroskopische Untersuchung der affizierten Haut zeigte totale Abwesenheit von Entzündungsveränderungen.

Sollte die mikroskopische Untersuchung der erwähnten Schnitte richtig sein (und wir haben keinen Grund, deren Richtigkeit zu bezweifeln), so war der Prozefs bei den sieben von mir studierten Fällen kein Beweis für die durch Joseph experimentell hervorgebrachte Krankheit, das heifst, die Krankheit war keine Trophoneurose.

Da dieses nun festgestellt ist, so müssen wir einer andren als einer trophoneurotischen Ursache der Krankheit auf die Spur zu kommen trachten. Niemand wird sie nach meiner Ansicht auch nur einen Augenblick als eine vasomotorische Störung oder von einem zentralen Ursprung herrührend ansehen, und es ist daher unsre Aufgabe, eine lokale Ursache ausfindig zu machen.

Um die parasitäre Theorie zu prüfen, habe ich Schnitte sowohl nach der von von Sehlen empfohlenen Methode, als auch in der gewöhnlichen Weise gefärbt und studiert. Ich werde nun meine darüber gemachten Beobachtungen in Kürze vorlegen.

Zuweilen fand ich auf der Oberfläche der Haut um das Haar und manchmal um den Schaft herum Organismen, welche

dem Pilz des Herpes tonsurans und dem der Pityriasis versicolor glichen. Bei einem Falle glaubte ich Organismen gesehen zu haben, welche den von Sehlenschen Kokken ähnlich waren.

Die Schnitte des rezenten Falles (einwöchentliche Dauer) zeigten nach Grams Methode sowohl wie mit den verschiedensten Anilinfarbstoffen gefärbt, durch Alkohol entfärbt, in den Lymphgefäfsen leere Räume des Koriums und in den Wänden einiger Blutgefäfse kleine runde, in Gruppen verteilte und dunkel gefärbte Körper. Sie waren ungefähr von gleicher Gröfse und in Zooglöa-Massen gruppiert und wurden weder durch Säuren

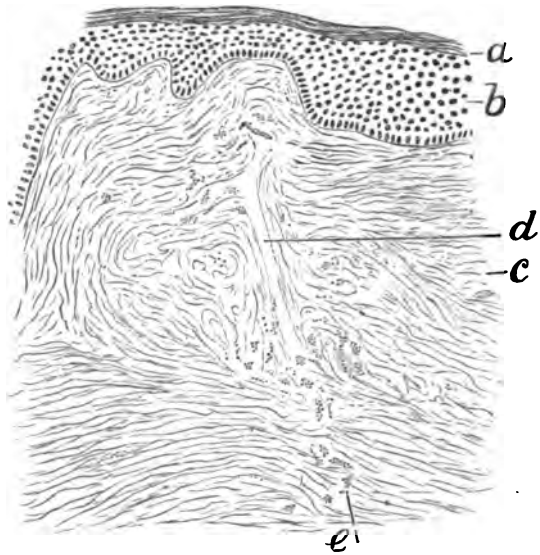


Fig. 16.

Schnitte, welche in den Lymphräumen, Blutgefäfswänden und Lumen Organismen zeigen. *a*, Stratum corneum; *b*, Rete; *c*, Korium; *d*, Blutgefäfs; *e*, Mikrokokken.

noch durch Alkalien verändert. Die Mehrzahl befand sich in den Lymphräumen des mittleren Teiles des Koriums, doch waren einige auch in den Papillen zu sehen, und manchmal wurden sie ganz tief unten im Korium gefunden. Durch das Färben und durch die Wirkung der Säuren und Alkalien wurde die Kokkennatur derselben bewiesen.

Der Mikrokokkus ist ungefähr 8 μ im Durchschnitt und an Gröfse dem Staphylococcus pyogenes aureus ähnlich. Die Organismen, unter welchen eine grofse Anzahl von Diplokokken sich befanden, sind in Zooglöa-Massen gruppiert, und einige sind wie Sarcineballen anzusehen. Beim ersten Anblick

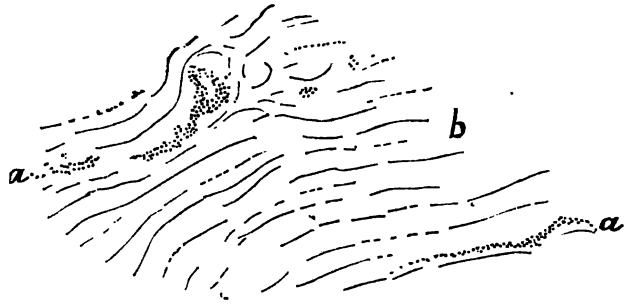


Fig. 17.
Mikrokokken in den Lymphgefäfsen. *a*. Mikrokokken; *b*, Bindegewebe des Koriums.

durch das Mikroskop kommt es einem vor, als wären die Mikrokokken an Form und Gröfse verschieden, doch nach genauer Untersuchung und mit starken Linsen stellen sich die gröfseren als Diplokokken heraus.

Sie kamen in Geweben vor, welche durch die Anwesenheit der Kokken oft leichte Entzündungszeichen in der Area zeigten, und man konnte häufig eine lange Reihe dieser Organismen von den Zooglöamassen aus in das angrenzende Gewebe, den Lymphkanälen entlang, verfolgen. Bei Betrachtung dieser Reihen von Organismen mit starken Linsen sah man Diplokokken in grofser Anzahl.

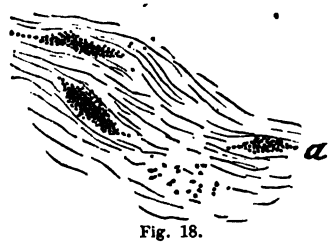


Fig. 18.
Mikrokokken in den Lymphräumen. *a*, Mikrokokken.

Bei einem Falle von mehreren Monaten Dauer wurden in ähnlicher Lage aber in gröfserer Anzahl dieselben Organismen gefunden. In Fig. 16 ist deren Lage in den Lymph- und Blutgefäfsen ersichtlich.

Diese Organismen kamen in grofser Anzahl sowohl im ent-

zündeten als normalen Gewebe vor und waren besonders im Korium deutlich zu sehen; sie lagen in den Lymphgefäfsen.

Fig. 18 derselbe Schnitt wie Fig. 17 bei stärkerer Vergröfserung. Die Zahl der Organismen und deren Gruppierung sind deutlich zu sehen.

Jene Organismen wurden jedoch in den Fällen von jahrelanger Dauer in viel kleinerer Anzahl gefunden. Ich machte bei dem schlimmsten Falle, um solche aufzufinden, keine Untersuchungen, da der Schnitt in MÜLLERscher Flüssigkeit gehärtet und somit für derartige Studien untauglich war. Die Schnitte der andern Fälle wurden nur in Alkohol gehärtet.

Die histologische Charakteristik der Haut habe ich schon dargelegt, sowie auch die Ursache des Ausfallens der Haare und das Einsinken der affizierten Stellen erklärt. Nun wünschte ich noch ausfindig zu machen, ob jene Organismen zufällig oder unumgänglich zu den beschriebenen Veränderungen notwendig sind.

Man wird die in den Geweben in grofser Anzahl vorhandenen Organismen, sowie auch an vielen Stellen den beinahe, wenn auch nicht gänzlich normalen Zustand der Haut und die Entzündungsveränderungen an andern Teilen bemerken, Zustände, die auf ein lokales Agens hinweisen. Ich glaube, dafs sie, soweit als bisher bekannt, in solcher Quantität und solcher anatomischer Beschaffenheit des Bodens in keinem andren Zustande vorkommen.

Die Anzahl und Lage erklärt ohne weiteres den Zustand der Lymph- und Blutgefäfse. Wohl ist es wahr, dafs Mikrokokken auch bei andern pathologischen Zuständen vorkommen, doch zeigen die Gewebe in solchen Fällen deutliche Nutritionsveränderungen, während bei Alopecie die Veränderungen anfangs unbedeutend oder vielleicht nicht wahrnehmbare Organismen vorhanden sind.

Ferner ist die Art und Weise der Verbreitung dieser Krankheit leicht zu begreifen, sobald wir bedenken, wie sich die Organismen gerade wie bei Rotlauf in den Lymphgefäfsen verbreiten, und ich meine, dafs wir auf keine andre Weise die Art der Verbreitung der kahlen Stellen befriedigend erklären können.

Auch erklärt der in den meisten Fällen tiefe Sitz der Organismen die Nicht-Kontagiosität der Krankheit, eine Charakteristik, die sehr ins Gewicht fällt gegenüber der Theorie, die Krankheit hinge von frei auf der Oberfläche der Haut liegenden Organismen ab.

So wird auch das häufige Mifslingen einer antiparasitären Behandlung dieser Krankheit leicht zu verstehen sein, wenn man bedenkt, dafs die Organismen zu tief liegen, um durch gewöhnliche antiparasitäre Mittel gestört zu werden. Einen sicheren Erfolg kann man nur mit tiefer in das Gewebe eindringenden Mitteln erzielen, oder die Organismen müssen durch ein innerlich wirkenden Agens, wie z. B. weifse Blutkörperchen, zerstört werden. Ferner mufs der Boden für deren Wachstum und Vermehrung steril gemacht werden.

Behandlung. Da Alopecia areata eine Krankheit ist, die im allgemeinen die Tendenz hat, spontan und in unbestimmten Zeiträumen nach ein paar Wochen ebenso gut wie nach Jahren zu verschwinden, so ist es sehr schwer, selbst nach Beobachtung vieler Fälle, die Resultate irgend einer speziellen Behandlungsmethode positiv zu beurteilen, und absolut unmöglich ist dies, wenn nur zwei oder drei Fälle zur Behandlung kamen.

Im Verlaufe der letzten acht Jahre habe ich dreifsig Fälle behandelt und viele davon mit verschiedenen Mitteln. Ich habe Elektrizität, stimulierende und irritierende Applikationen, wie Capsicum, Kantharidien, verschiedene Quecksilberpräparate, Chrysarobin und Krotonöl angewendet.

Schwefelpräparate wendete ich nicht an, da die von Thin in fünfzehn Fällen damit gemachten Versuche das Experiment meinerseits unnötig gemacht haben.

Unna spricht von einem Fall, bei dem alle üblichen Behandlungsmethoden erfolglos blieben, und der endlich durch Elektrizität geheilt wurde; doch mufs dieser Fall von langer Dauer gewesen sein, und das Resultat der Wirkung auf die veränderten Gewebe dem auf den Nerven- und Blutgefäfsapparat des Teiles wirkenden Agens, und nicht dem, welcher

jene Veränderungen erzeugt, zugeschrieben werden, denn ich habe durch die Anwendung von Elektrizität in keiner Form irgend einen Erfolg bei rezenten Fällen gesehen. Dafs Elektrizität von Nutzen sein kann, ist leicht zu ersehen, und man könnte und sollte in lang bestehenden Fällen dieselbe anwenden. Stimulierende und leicht irritierende Mittel, z. B. Capsicum, Ammoniak, Kanthariden habe ich, da ihre Wirkung sich nur auf eine Hyperämie oder einen oberflächlichen leichten katarrhalischen Zustand der Haut beschränkte, von gar keinem Nutzen gefunden; doch wenn jene Mittel auf die Dauer angewendet und so oft eingerieben werden, dafs eine intensive Dermatitis entsteht, und die resultierende Entzündung eine Zeitlang in intensiver Form unterhalten wird, wodurch die Emigration weifser Blutkörperchen in höherem Mafse als bei einfacher seröser Entzündung befördert wird, dann glaube ich, können wir im allgemeinen, wenn auch nicht immer, der Weiterverbreitung der Krankheit Meister werden.

Eine Erklärung für dieses Resultat werde ich später geben. Von den Quecksilberpräparaten habe ich die Oleate in 2, 4, 6 und 10 %igen Lösungen angewendet, und während einige Fälle durch dieses Mittel schnell geheilt wurden, blieb es bei andern erfolglos.

Es wurden ähnliche ungünstige Resultate, sobald Lanolin oder Aguine mit Quecksilberpräparaten gemischt wurde, beobachtet. In einigen Fällen war Sublimat von Erfolg, während bei andern wieder gar keine günstige Wirkung zu bemerken war. Da ich die von Lassar empfohlene Behandlungsmethode nicht befolgt hatte, stellte sich eine Differenz zwischen den von mir erzielten Resultaten und jenen Lassars heraus.

Meine Beobachtungen über die Anwendung der Quecksilberpräparate, besonders des Sublimats, bringen mich zur Überzeugung, dafs irgend welche auf der Oberfläche der Haut bestehende Organismen die Ursache dieser Krankheit seien.

Chrysarobin in der Stärke von 15 bis 20 Gran hat mir unter den sogenannten direkt wirkenden antiparasitären Mitteln die besten Resultate geleistet.

Durch dieses Mittel kann vielleicht nicht jeder Fall geheilt

werden, doch habe ich oft Stellen schnell heilen und die Weiterverbreitung sistieren gesehen.

Als Beispiel, wie vorzüglich dieses Mittel bei Alopecia areata gewirkt, will ich nur den einen Fall, den ich vor einem Jahre behandelte, anführen. Ein Knabe hatte mehrere grofse kahle Stellen von Alopecia areata, die schon über ein Jahr bestanden. Ich wendete entweder Quecksilber-Oleat, Sublimat-, weifse Präzipitat- oder Chrysarobinsalbe auf verschiedenen Stellen an, letztere auf die gröfste derselben. Im Verlaufe von zwei Wochen war schon in den mit Chrysarobin behandelten Areae Zunahme im Haarwuchs und rasch erfolgte Herstellung zu einem normalen Zustande zu bemerken, während die andern Stellen unverändert geblieben waren.[1]

Die durch Quecksilberpräparate und Chrysarobin erzielten günstigen Resultate deuten auf die ursprünglich parasitäre Natur der Krankheit hin; denn sicherlich könnten obige Mittel keine günstige Wirkung auf neurotische Zustände haben, man müfste denn dieselbe auf eine Stimulation zurückführen, und das wäre eine, wenigstens was das Chrysarobin betrifft, kaum richtige Ansicht.

Wenn wir zu diesen Resultaten die von THIN mit Schwefelsalbe und die von LASSAR mit Sublimat erzielten Erfolge rechnen, so kann ich nicht begreifen, wie man an dem parasitären Ursprung dieser Krankheit noch zweifeln kann, aufser man bezweifelt die durch diese Behandlungsmethode erreichten günstigen Resultate.

Das Fehlschlagen in gewissen Fällen nach Anwendung antiparasitärer Mittel kann am besten durch die Ansicht über den tiefen Sitz der Organismen, wie schon angedeutet, erklärt werden, indem wir das Resultat mit demjenigen vergleichen,

---

[1] Seit vorigem Jahre habe ich mehrere Fälle mit Chrysarobin behandelt und bei jedem schnellen und günstigen Erfolg gesehen. Bei einem Patienten, dem seit zehn Jahren Kopfhaare und Augenbrauen gänzlich ausgegangen und bei dem nur Lanugo-Haare vorhanden waren, wurde die Herstellung innerhalb einiger Wochen durch Einreiben von Chrysarobin (eine Drachme auf eine Unze Lanolin) erzielt. Ich würde in den meisten Fällen Chrysarobin dem Krotonöl vorziehen, weil dadurch die schmerzhafte Entzündung vermieden werden kann.

welches durch die Behandlung des Lupus vulgaris mit antiparasitären Mitteln erzielt wird.

Die besten Resultate in der Behandlung dieser Krankheit wurden durch Anwendung von Krotonöl erzielt, genügend stark, um eine Dermatitis zu erzeugen, bei welcher die Exsudation oder vielmehr Infiltration eine ziemlich grofse Menge weifser Blutkörperchen enthielten.

Sobald reines Krotonöl angewendet wird, ist die Erzeugung einer intensiven Entzündung von eiterigem Charakter um den Haarfollikel herum (eine Perifolliculitis suppurativa) zu befürchten, durch welche der Haarfollikel zerstört werden kann. Zuerst sollte eine Mischung zu gleichen Teilen von Kroton- und Olivenöl oder von andern öligen Substanzen versucht und nachher erst je nach der Empfindlichkeit der Gewebe entweder eine stärkere oder schwächere Lösung angewendet werden, das heifst, je nach der Intensität der erzeugten Entzündung.

Da in jedem Falle die Intensität einer Entzündung von der Verletzbarkeit des Gewebes und von dem wirkenden Agens und dessen Wirkungsdauer abhängt, so können wir durch schwache Lösung ohne Gefahr den gewünschten therapeutischen Erfolg ebensogut, wie durch eine stärkere Mischung erzielen. Eine Entzündung von dem früher beschriebenen Charakter sollte mehrere Wochen hindurch unterhalten werden, indem man an dem Resultate derselben genau studieren kann, ob die Krankheit im Zunehmen oder Verschwinden ist. Die Applikation sollte nicht nur an den kahlen Stellen, sondern auch auf den mit Haaren umgebenen Rande derselben geschehen. Durch dieses Verfahren war ich oft im stande eine so behandelte kahle Stelle zur Heilung zu bringen, während die Krankheit an der nicht behandelten Region derselben kahlen Stelle, sich auszudehnen fortfuhr. Sicherlich könnte, wäre die Krankheit eine Neurose gewesen, ein solcher Effekt nicht erzielt worden sein.

Ein ähnliches Resultat kann man bei der Lokalbehandlung der serpiginösen Syphilis beobachten, wo der behandelte affizierte Teil von der Krankheit befreit wird, während die übrige Läsion sich zu verbreiten fortfährt, und Syphilis ist eine infektiöse Krankheit; die Haut-Läsionen derselben werden durch die im

Korium bestehenden Organismen verursacht, wenngleich diese Organismen bis jetzt weder entdeckt noch kultiviert, noch mit Erfolg auf niedere Tiere inokuliert worden sind.

Die günstigen Resultate, die mit Krotonöl erzielt wurden, hängen, wie ich glaube, von der hervorgerufenen Entzündung ab, indem die weifsen Blutkörperchen in die Lymphbahnen, in denen jene schon beschriebenen Organismen liegen, emigrieren und daselbst ihre Eigenschaft als Antiparasitiden entfalten; auf diese Weise heben sie die Krankheit durch Zerstörung der Organismen als Ursache derselben auf.

Da die Emigration weifser Blutkörperchen besonders bei chronischer Entzündung vor sich geht, so liegt die Notwendigkeit klar zu tage, die durch das Krotonöl erzeugte Dermatitis mehrere Wochen hindurch bestehen zu lassen.

Natürlich wird jedes andre Agens, das eine solche Dermatitis hervorzubringen imstande ist, eben so gut wie Krotonöl gebraucht werden können, der Grund, weshalb ich gerade diese Substanz besonders empfehle, ist der, weil ich damit die meisten Erfahrungen gemacht und die günstigsten Erfolge von demselben gesehen habe.

Nach den klinischen Symptomen und anatomischen Veränderungen bei Alopecia areata zu urteilen gibt es Fälle, bei denen gar keine Behandlungsmethode von Erfolg sein kann. Da, wo die Haarfollikel zerstört sind, mufs die Alopecie eine permanente sein, und es gibt einige Fälle, bei welchen Lanugo-Haare fortwährend erzeugt werden, doch sind die Blutgefäfswände zu sehr verändert, um eine Restitutio ad integrum ermöglichen zu können. Sollten wir jedoch rezente Fälle auf die von mir beschriebene Art behandeln, indem wir einen parasitären Ursprung der Krankheit als erwiesen betrachten, so glaube ich, werden die Resustate von denen auf neurotischer Theorie basierter Behandlung gänzlich verschieden sein.

Da die Beschaffenheit des Bodens ein wichtiger Faktor ist und bei den meisten parasitären Krankheiten vielleicht die wichtigste Rolle spielt, so liegt es auf der Hand, dafs alles gethan werden mufs, um die Herstellung desselben zu einem normalen physiologischen Zustande zu bewerkstelligen. Es wäre

unnötig in eine ausführliche Diskussion über diesen Punkt eingehen, da jeder Fall je nach dem speziellen vorhandenen Zustande behandelt werden mufs.

Das nach einer innerlichen Behandlung spontane Verschwinden dieser Krankheit ist kein Beweis für deren nichtparasitäre Natur. Denn wir wissen, dafs zur Zeit der Pubertät die Konstitution des Gewebes eine derartige ist, dafs sie den Boden für Trichophyton ungünstig zu machen vermag, und daher kann die Krankheit auch ohne jede lokale Behandlung verschwinden.

Um dem Argument für die parasitäre Theorie noch mehr Nachdruck zu geben, mufs ich noch die Tendenz dieser Krankheit, sich auf besondere Regionen zu beschränken, erwähnen, Regionen, die mit gut entwickelten Haaren — z. B. Kopfhaut, Bart und Achselhöhle — versehen sind. Dieser Haarwuchs hängt natürlich nicht vom Nervensystem, sondern von hereditärer Anlage ab. Es ist bekannt, dafs gewisse Organismen mit Vorliebe in gewissen Geweben leben und sich da vermehren; dieses sollte in einer Diskussion über die Ätiologie der Alopecia areata berücksichtigt werden.

Die Resultate meiner Beobachtungen sollen darauf hinzielen, dafs die Alopecia areata als eine parasitäre Krankheit der Lymphgebilde, und nicht als eine von dem Haar oder dessen Follikel primär herrührende Krankheit zu betrachten sei; dafs die Organismen Mikrokokken sind und ihren Sitz besonders in den Lymhbahnen haben, dafs diese Organismen in dem Korium Entzündungsveränderungen mit häufiger Fibrin-Koagulation in den Lymph- und Blutgefäfsen verursachen; dafs in den rezenten Fällen die Eingesunkenheit der kahlen Stellen von dem Haarverlust und dem verminderten Blutvorrat in dem affizierten Teile abhängt, und sich in langbestehenden Fällen die Zerstörung der Talgdrüsen und Atrophie des Koriums und der Epidermis dazu gesellen, und schliefslich, dafs wir nur die Behandlung mit antiparasitären Mitteln, im vollsten Sinne des Wortes, als die einzige bei dieser Krankheit, und bei rezenten Fällen besonders, von sicherer Wirkung ansehen dürfen.

Dafs gewöhnliche Alopecia areata nicht von einer Nutri-

tionsstörung des Nervensystems abhängt, habe ich auch durch die klinischen Symptome, durch die anatomischen Veränderungen und durch die Wirkung lokal wirkender Substanzen zu beweisen versucht.

Referate.

Diseases of the skin. Ein Lehrbuch der Hautkrankheiten für Ärzte und Studierende von W. Allan Jamieson, M. D. Dozent für Hautkrankheiten an der mediz. Schule in Edinburgh etc.

Der Verfasser hat seine eignen reichen Erfahrungen sowie die Resultate der dermatologischen Forschungen der letzten 10 Jahre in einem Lehrbuch niedergelegt, welches für den praktischen Arzt und den Studierenden einen um so höheren Wert besitzt, als es durch 132 detaillierte Krankengeschichten und vortreffliche kolorierte Tafeln das Studium der Dermatosen ungemein erleichtert. Nach einer kurzen anatomisch-physiologischen Erörterung über das Hautorgan und dessen Adnexa werden die Ätiologie der Hautkrankheiten und deren Lokalisationen sehr eingehend besprochen, leider sind hierbei die neuesten Forschungen über pathophore Mikroorganismen, so z. B. über die Beziehungen des Mikrococcus pyogenes *aureus* und albus zur Geschwürsbildung, Furunkel und Sykosis, noch nicht berücksichtigt. Es ist demzufolge auch das sonst vortreffliche Auspitzsche System der Klassifikation der Hautkrankheiten zu Grunde gelegt worden, während gerade auf Grund der stetig sich mehrenden Entdeckungen auf dem Gebiete der Bakteriologie unsre früheren Ansichten über das Wesen vieler Dermatosen so bedeutende Modifikationen erfahren haben und noch erfahren. — Verfasser betont mit Recht, dafs rücksichtlich der Diagnose, Prognose und Therapie die Erforschung des Kausalnexus zwischen Affektion der Haut und internen Erkrankungen resp. Konstitutionsanomalien eine Hauptaufgabe des Dermatologen sein müsse, doch ist diese Forderung aus obigen Gründen nur cum grano salis aufzufassen, damit nicht Ursache *und* Wirkung hier verwechselt werde; das weitere Postulat, welches nach Verf. durch Ärzte und Laien aufgestellt werde, dafs jede lokale Behandlung *mit* interner Medikation zu verbinden sei, dürfte gleichfalls selbst in England nicht absolut gültig sein, wenn anders unser therapeutisches Handeln nur von wissenschaftlichen Motiven bestimmt werden soll. — Das den Arzt besonders interessierende Kapitel Ekzem ist sehr erschöpfend behandelt, doch vermissen wir hier die Berücksichtigung der von Unna so wesentlich erweiterten Anschauungen über die Natur und die Ätiologie der Ekzeme.

Die übrigen Hautaffektionen erfreuen sich gleichfalls einer gründlichen Erörterung.

Der therapeutische Teil des Buches stützt sich vielfach auf Unnas Prinzipien und ist in einer für den Praktiker aufserordentlich wertvollen Weise behandelt, wir müssen jedoch betonen, dafs man eine rationelle Behandlung der Hautkrankheiten nur durch ein umfassendes praktisches Studium sich aneignen kann.

Die Balneotherapie der Hautaffektionen ist in ihrem generellen Wert gewürdigt worden.

Das klar und gewandt geschriebene Buch bildet einen höchst instruktiven Wegweiser für den Studierenden und Arzt und darf als eine besonders verdienstvolle Leistung betrachtet werden, geeignet, der Dermatologie auch in England zu immer wachsendem Ansehen zu verhelfen und neue Freunde zu gewinnen. —

Bad Kreuznach. Dr. Lier.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Zur Kenntnis der Impotentia generandi, von Prof. Fürbringer. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 28.) Die Sterilität des Mannes kann, von der Impotenz ganz abgesehen, bedingt sein durch zwei Zustände, 1. durch Azoospermie, eine der häufigsten, und 2. durch den Aspermatismus, eine der seltenen Grundlagen der Impotentia generadi. Bei der Azoospermie besteht in den meisten Fällen Potentia coëundi, allein das Sperma enthält keine Spermatozoen. Am Ejakulat beteiligen sich mindestens die Sekrete dreier Hauptdrüsen: 1. des Hodens beziehungsweise Nebenhodens; 2. der Samenblase; 3. der Prostata. Das Sekret des Hodens ist eine sehr spärliche, ungemein zähe, sattweifse Masse, die unter dem Mikroskop sich fast ausschliefslich aus dichtgedrängten starren Samenfäden bestehend erweist und vollständig geruchlos ist. Die Samenblase dient als Behälter des spezifischen Sekrets, das ist des gelatinösen Bestandteils des Sperma, das sich im Ejakulat sehr bald nach dessen Entleerung zu lösen pflegt, und das aus einer Globulinsubstanz besteht. Eine zweite Funktion der Samenblasen besteht in der Aufspeicherung des Hodensekretes. Das Sekret der Prostata, welches früher für eine zähe, eiweifsartige Flüssigkeit, die ganz besonders bei Erektionen in spärlichen Tropfen aus der Urethra treten sollte — nach F. stammt dieses Wollustprodukt aus den Littréschen und Cowperschen Drüsen — gehalten wurde, ist vielmehr eine dünnflüssige Milch, welche unter dem Mikroskop sich darbietet als eine Aufschwemmung von kleinen Kügelchen von der halben Durchschnittsgröfse eines roten Blutkörperchens; es stellt eine Emulsion von Lecithinkörnern in proteïnreichem Menstruum dar. Dieses Sekret riecht intensiv nach Sperma. F. glaubt, dafs der Pros-

tatasaft das in den starren Spermatozoen schlummernde Leben auszulösen vermag, aber nicht imstande ist, bereits im Absterben begriffene Spermatozoen wieder 'aufleben zu machen. Aus den klinischen Beobachtungen hat sich für F. folgendes ergeben: 1. Mit einer einzigen Ausnahme waren sämtliche Fälle absolute und permanente Azoospermien; 2. die Ätiologie war mit wenigen Ausnahmen gegeben in einer Obliteration der Samenwege, welche ihrerseits in dem Gros der Fälle auf Epididymitis oder Funiculitis gonorrhoica duplex beruhte; 3. keiner der Männer hatte eine Ahnung, dafs er unfruchtbar sei; die meisten suchten das Hindernis bei der Frau. Die äufseren Genitalien sind durchweg normal, abgesehen von kleinen Resten etwaiger Epididymitis. Das Sperma erscheint normal, doch findet man in diesem Azoosperma die Böttcherschen Kristalle, Eiweifs-Spermakristalle. Die Prognose ist eine pessima, wenn die Azoospermie erst ¼ Jahr gewährt hat, beziehungsweise ¼ Jahr nach Auftreten der Epididymitis und Funikulitis konstatiert worden ist. Eine Therapie existiert so gut wie gar nicht.

Prostatahypertrophie, mit Demonstration von Präparaten, von Dr. Schlange. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 28.) In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 13. Juni legte Schl. eine Reihe von Prostatavergröfserungen vor, welche von Patienten stammten, die in den letzten Jahren ihres Lebens an den Harnbeschwerden gelitten haben, welche eine Hypertrophie der Prostata bei alten Leuten zu veranlassen pflegt. Die Präparate waren derart angefertigt, dafs die Becken der betreffenden Patienten bald nach dem Tode, bevor die Totenstarre eingetreten war, in den Gefrierkasten gebracht und später dann nach vollendeter Erstarrung durch einen genau medianen Sägeschnitt in zwei korrespondierende Hälften geteilt wurden. Am ersten Präparat, das von einem 57jährigen Mann stammt, sieht man, dafs es sich um eine Hypertrophie mittleren Grades handelt, die alle Teile der Drüse in gleichem Mafse betroffen hat. Die Harnröhre ist im Bereich der Prostata in sagittaler Richtung vertieft, in querer verengt, aufserdem hat natürlich ihre Länge entsprechend zugenommen. Beachtenswert ist, dafs ihre Krümmung von der Symphysengegend an bis zum Orificium internum eine gleichmäfsige, einen einzigen Kreisbogen darstellende ist. Das zweite Präparat, das von einem 81jährigen Patienten herrührt, zeigt eine enorme Vergröfserung der Prostata, sie nimmt das fünffache des normalen Durchschnitts ein; auch hier ist die Vergröfserung ziemlich gleichmäfsig auf Vorder-, Seiten- und Hinterlappen verteilt. Sie füllt den gröfsten Teil des kleinen Beckens aus; wie ein breiter Keil schiebt sie sich von hinten nach vorn zwischen Ligamentum pubo prostaticum und Diaphragma urogenitale hinein, so dafs diese rechtwinkelig auseinandertreten und in starke Spannung geraten. Die Urethra ist verlängert und verschoben. In dem Präparat erscheint sie als eine breite Spalte, auch hier ist also die pathologische Vertiefung in sagittaler Richtung eingetreten. Die Entwickelung der Seitenlappen ist indessen eine so starke, dafs dieselben in

den vorderen zwei Drittteilen der Urethra sich fest aneinander lagern; ein gangbares Lumen der Urethra besteht folglich nur in ihrem hinteren Bogen. Wichtig ist die abnorm starke Krümmung dieser hinteren Urethralwand; die Kurve ist so stark, dafs der Weg der Urethra prostatica einem Kreisbogen entspricht, dessen Zentrum in der Mitte der vorderen Wand der Urethra liegen würde. Die breite Oberfläche der Prostata reicht hoch aus dem kleinen Becken in den Bauchraum hinein; das Orificium internum urethrae überragt dadurch die Verbindungslinie vom oberen Symphysenrand und Steifsbeinspitze, in der sie liegen sollte, um mehrere Zentimeter. Eine erhebliche Verunstaltung hat die Blase erfahren; sie liegt in sagittaler Ausdehnung mit weitem Fundus der breiten Prostataoberfläche auf; ihre Muskulatur hypertrophiert. Beim dritten Präparat, das von einem 71jährigen Patienten stammt, betrifft die Hypertrophie eigentlich ausschliefslich den Vorderlappen. Die Harnröhre biegt in diesem Präparat nach ihrem Eintritt in die Prostata sofort fast unter spitzem Winkel nach aufwärts um, so dafs sie nun etwa parallel der hinteren Fläche der Symphyse in gerader Flucht durch die Vorsteherdrüse zur stark kontrahierten Blase gelangt.

Wegen der abnormen Richtung der Urethra in allen Fällen soll man beim Katheterismus sich nur elastischer und nicht metallener Katheter bedienen, und zwar der biegsamen, stark kalibrigen, mit der Krümmung nach Mercier.

Über allgemeine und Hautvergiftung durch Petroleum, von Dr. L. Lewin. (*Virchows Archiv.* Bd. 112.) In dieser interessanten Arbeit, von welcher uns hier nur der zweite Teil interessiert, sagt L., dafs die Hautaffektion der Arbeiter, die dauernd mit Petroleum oder Teilen desselben Umgang haben, verschieden ist. Zuvörderst ist hervorzuheben, dafs auch hier wesentliche Unterschiede zwischen der Beschäftigung mit leichten Ölen und ganzem Petroleum einerseits und derjenigen mit schweren Petroleumölen anderseits gemacht werden. Schon vor einer Reihe von Jahren wurde mitgeteilt, dafs bei den an den Ölbrunnen in der Krim und im Kaukasus beschäftigten Arbeitern haselnufsgrofse, durchsichtige, weifse Beulen vorkommen, dagegen eine derartige Affektion bei den Arbeitern in rumänischen Petroleumgruben in Abrede gestellt. L. hat diese Veränderungen bei Arbeitern an Ölpumpen, speziell an den von Washington (Pennsylvanien) gesehen und untersucht. Junge und alte Individuen sollen von diesem Hautleiden befallen werden. In einigen Fällen dauerte es ein Jahr und darüber, in andern nur einige Wochen bis zu seinem Entstehen. Dasselbe bildet sich dann überall da, wo Rohpetroleum hingelangt, und da dies zum Teil durch Übertragungen mit den Händen, zum Teil durch Anspritzen an vielen Körperstellen stattfindet, so ist die Möglichkeit für eine weite Ausdehnung am Körper gegeben. Meistens erscheinen die Veränderungen zuerst an den Armen und Händen in Gestalt von nichtjuckenden, nicht immer gleichgestaltigen und gleich grofsen, lokal bleibenden Effloreszenzen (pimples oder auch boils). Die Dauer dieser, nie Allgemeinerscheinungen

bedingenden, den Schlaf nicht störenden Affektion beträgt verschieden lange Zeit. An einigen Stellen tritt allmählich unter Abtrocknung und Schorfbildung Heilung ein, während gleichzeitig andre Stellen neue Eruptionen aufweisen. Manche Arbeiter werden nie davon befallen; eine häufige Reinigung des Körpers mit Seife soll eine Besserung bezw. ein selteneres Auftreten desselben bedingen. Die Affektion, die L. untersucht hat, erstreckte sich auf die Streck- und Beugeseiten der Arme, Hände, Oberschenkel und teilweis auch auf die Unterschenkel. Die Genitalien waren vollkommen frei, ebenso u. a. die Hohlhände und die Fufssohlen. An den erkrankten Teilen sah man eine disseminierte Akne in allen erdenklichen Gestalten und Entwickelungsstadien. Frische und abgelaufene Prozesse waren nebeneinander bemerkbar — Knötchen und feste, derbe, dunkelrote Knoten mit entzündeter, infiltrierter Umgebung, Knötchen, die am Scheitel ein weifses, meist mit Eiter gefülltes Bläschen trugen, und zahlreiche, schwarze Komedonen, sowie flache Schorfe und kleine seborrhoische Krusten. Die gröfsten Knoten waren an der Vorderfläche des Oberschenkels. In ausgedehnterer Weise als bei Arbeitern an Petroleumpumpen sah L. das beschriebene Hautleiden in der Atlantic Refining Co. in Point Breeze, und zwar nur da, wo die schwersten Öle, d. h. die Rückstände weiter verarbeitet werden. Auch bei dieser Beschäftigung sollen nur dann Erkrankungen erfolgen, wenn die frisch eingetretenen Arbeiter sich nicht genügend reinigen, und von den ihnen zur Verfügung gestellten Bädern keinen Gebrauch machen. Hier tritt das Leiden ebenso auf wie bei den Arbeitern an den Ölpumpen, doch wird das Allgemeinbefinden bei längerem Bestehen gestört. Als Prädilektionsorte werden die Oberschenkel, die Kniee und die Flexions- und Extensionsseite der Arme angegeben. Aber auch am Rumpf, im Nacken, hinauf bis zur behaarten Kopfhaut, im Gesicht, an den Ohren und am Hoden hat L. es gesehen. Es handelt sich auch hier wesentlich um eine vielgestaltige Akne. Die Umgebung der Knötchen und Knoten war in ziemlicher Weite entzündet uud verhärtet. Aufserdem fanden sich grofse Furunkel und z. B. an beiden Ohren diffuse Entzündung und Infiltration, die den Eindruck einer erysipelatösen machte. Brennen und Jucken war konstant an ihnen vorhanden und gab zu energischem Kratzen Veranlassung. Andre Knötchen und Knoten trugen auf ihrem Scheitel ein Bläschen bezw. eine meist flache Pustel, die nach dem Aufreifsen und Ausdrücken, wobei auch das Haar verloren ging, eine klaffende Öffnung zurückliefsen. Solcher klaffender, meist durch Schmutz und Rohpetroleum dunkelgefärbter Öffnungen der als Follikelmündungen anzusprechenden, vereiterten, nunmehr haarlosen Stellen gab es viele am Körper. Abscesse sind selten beobachtet. Wo die knotigen Erhebungen dichter standen, zeigte das Zwischengewebe z. B. am Nacken den Charakter einer derb phlegmonösen Infiltration. Das Wesen dieser Affektion ist klar; es geht hier die Entzündung des Haarfollikel und Talgdrüse umgebenden Bindegewebes und die Verstopfung der Follikelmündung durch das mehr oder minder schmierige Petroleumprodukt

Hand in Hand. Nicht ausgeschlossen ist übrigens ein tieferes Eindringen desselben in den gemeinschaftlichen Ausführungsgang jener beiden Hautgebilde und eine dadurch bedingte Reizwirkung. Je länger der entzündliche Prozefs unterhalten wird, um so intensiver gestaltet er sich, bis zur Vereiterung der Talgdrüse und des Haarfollikels, zur diffusen Entzündung der Cutis und Übergreifen der ersteren auf das Unterhautzellgewebe. Hautkarzinome, die VOLKMANN bei Paraffinarbeitern gesehen, hat L. nicht beobachtet und auch nichts derartiges trotz eifrigen Nachfragens eruieren können.

Beiträge zur Kenntnis der Antiseptica, von Cand. med. G. MARTENS. (Ebenda.) Durch genaue Untersuchungen hat Verf. festgestellt, dafs Eiterkokken abgetötet werden durch folgende Substanzen. Jod in einer Verdünnung von 1 : 1000, Thymol 1 : 5000, Eau de Javelle (unterchlorigsaures Kali) 1 : 1000; ebenso Arg. nitr., die Mineralsäuren, Salpetersäure, Salzsäure, Schwefelsäure und Sublimat. In Verdünnung von 1 : 500 wirkt deletär: Bezoësäure (kalt gesättigte Lösung); 1 : 300 Salicylsäure (kalt gesättigte Lösung); 1 : 100 Ferrum sesquichloratum, Chlorkalk, Kali sulfuricum acidulicum, Karbolsäure, Kali hypermanganicum, Chinolin, Kupferchlorid, Resorcin, Aluminiumacetat. In Verdünnung 2 : 100 wirken deletär: Essigsäure, Terpentinöl; in Verdünnung 5 : 100 Chlorzink. In 4prozentiger Lösung tötet Eiterkokken erst nach zehntägiger Einwirkung die Borsäure. In 10prozentiger Lösung wirken deletär: 1. Ätzkali, 2. Plumbum nitricum, 3. Cuprum aceticum, 4. Chlorcalcium, 5. Ferrum citricum, 6. Antipyrin. 50prozentige Lösungen töten Eiterkokken 1. Cadmiumsulfat, 2. Plumbum aceticum, 3. Soda, 4. Hydroschwefligsaures Natron, 5. Alkohol. Von gesättigten Lösungen wirken deletär 1. Wismutnitrat, 2. Kalkwasser, 3. Ammoniak, 4. Ammoniumsulfid.

Demonstration eines Kranken mit symmetrisch lokalisierten oberflächlichen Hautentzündungen und gleichzeitig auftretenden Lähmungszuständen auf infektiöser (diphtheritischer?) Basis, von Prof. EBSTEIN. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 27.) Ende September 1887 traten bei dem 55jährigen Patienten ohne jede nachweisbare Ursache kleine rote Flecke am Kopfe auf, welche in den nächsten Monaten allmählich mehr und mehr zunahmen. Am 25. Dezbr. bemerkte der Kranke beim Erwachen eine starke Röte und Schwellung der ganzen Kopf-, Hals- und Nackenhaut und der Haut am obersten Teil der Vorderfläche der Brust. Aufserdem sollen auch die Schleimhäute der Nase und des Mundes gerötet worden sei. Der Hautausschlag war nicht schmerzhaft, näfste nicht, aber juckte stark. Das Schlucken und Schlingen wurde dabei schmerzhaft und erschwert. Der Hautausschlag verbreitete sich in den ersten Tagen des Januar dieses Jahres. Es traten Röte und Knötchenbildung an verschiedenen Stellen auf, und wie dieses von oben nach unten fortschreitend, traten Lähmungserscheinungen der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur ein. Fieber soll nicht dagewesen sein. Beim Schlucken von Flüssigkeiten kommt ein

Teil durch die Nase wieder zurück. Die objektive Untersuchung ergab am Velum und an der hinteren Rachenwand eine sehr grofse Unempfindlichkeit gegen Berührungen und den faradischen Strom, welch letzterer jedoch Bewegungen in der Muskulatur des Gaumensegels auslöste. An der Basis der Uvula wurden rechts wie links je zwei übereinander stehende halbkugelige, von normaler Schleimhaut überzogene Knötchen bemerkt. Das Gehen ist zwar möglich, aber sehr erschwert, ebenso sind die Bewegungen der Vorderarme und Finger behindert. Fast total gelähmt sind die Muskel der Oberarme. Keine Sensibilitätsstörungen, keine Atrophie der Muskeln. Die Sehnenreflexe waren nicht vermindert; die Hautreflexe erhöht. Die Untersuchung des Blutes auf Mikroorganismen fiel negativ aus. Das Exanthem ist an einzelnen Stellen etwas abgeblafst, es charakterisiert sich als eine oberflächliche Dermatitis. Mit dieser intensiven arteriellen Hauthyperämie ist eine leichte Infiltration derselben vergesellschaftet. Stellenweise prominieren über die Oberfläche der Haut zum Teil dicht stehende kleine Knötchen. An einzelnen Stellen, besonders an den in der Abheilung begriffenen, machte der Hautausschlag den Eindruck eines Erythems, während er an den meisten Stellen im wesentlichen das Verhalten des Ekzema squamosum (Pityriasis rubra) zeigt. Bemerkenswert ist, dafs die Lokalisationen des Exanthems an symmetrischen Hautstellen sich finden. Diese symmetrische Anordnung will E. ebenfalls auf nervöse Störungen zurückführen. Die Gruppierung der Lähmungssymtome spricht für eine diphtheritische Affektion, wenngleich eine solche nicht beobachtet ist.

Über Natur und Behandlung des Furunkels, besonders im äufseren Ohre, von Dr. B. Löwenberg in Paris. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 28.) Der Furunkelprozefs kommt nach Verfs. Auffassung dadurch zu stande, dafs in den Hautfollikel- resp. Talgdrüsenausführungsgang eingedrungene pyogene Kokken unter dem begünstigenden Einflusse noch unbekannter Umstände zur Vervielfältigung gelangen und so Entzündung und Eiterung hervorrufen. Anstatt nun die antibakterielle Flüssigkeit in die von dem Furunkel gebildete Schwellung zu injizieren, will Verf. bei der Therapie denselben Weg einschlagen, den die Kokken gegangen sind, um sie zu vernichten, indem er auf die intakte Haut antiseptische Lösungen appliziert, deren Beschaffenheit das Eindringen in diese Kanälchen ermöglicht. Unter diesen steht eine Lösung von Borsäure in Alkohol obenan, und zwar läfst L. gewöhnlich ein Reagensgläschen mit einer Lösung oder (bei überschüssiger Borsäure einem Gemenge) beider 1—2 cm hoch anfüllen, den Furunkel auf die Öffnung des Gläschens andrücken und dann den erkrankten Teil so umwenden, dafs ersterer mit dem Inhalte des Gläschens in innige Berührung tritt. Diese Methode ist besonders an den Extremitäten sehr leicht anzuwenden; ist dies an andern Regionen nicht ausführbar, so läfst L. den Furunkel mit feingepulverter Borsäure bestreuen, mit entfetteter Watte bedecken und dieselbe von Zeit zu Zeit mit absolutem Alkohol anfeuchten. An gewissen Körperstellen, z. B. am Naseneingange,

wo auch diese Methode nicht möglich ist, läfst er mit alkoholischer Borsäurelösung einfach bepinseln. Bei allgemeiner Furunkulose läfst er zur Verhütung der Autokontagion allgemeine Waschungen oder Bäder mit wässerigen Borsäurelösungen machen.

Über Myxödem. Dr. W. Manasse beschreibt (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 29) einen sehr charakteristischen Fall von Myxödem, bei dem keine Schilddrüse nach Auftreten der Erkrankung zu konstatieren war.

Über den inneren Gebrauch des Ichthyols. Lorenz hat (ebenda) bei Rheumatismus von der inneren Darreichung des Ichthyols neben äufserer Anwendung sehr günstige Wirkungen gesehen und dabei beobachtet, dafs es auf den Allgemeinzustand einen auffallend günstigen Einfluſs ausübte.

Zur Wirkung des Ichthyols. Dr. G. Meyer will (ebenda) beim chronischen Gelenkrheumatismus keine Erfolge vom Ichthyol gesehen haben; wenngleich 5 Patienten nach Verlauf einiger Tage angaben, dafs Schmerzen, Schwellung und Beweglichkeit in den affizierten Gliedmafsen sich gebessert hätten, so war diese scheinbar günstige Wirkung bald geschwunden. Mit Ausnahme eines Falles, wo die Wirkung eine eklatante war, hat M. in 14 Fällen gar keinen Erfolg erzielt.

Zur Wirkung des Ichthyols bei innerlicher Anwendung, von Dr. Bittersdorf. (*Therapeut. Monatsh.* No. 7.) Bei einem veralteten 8jährigen Nierenleiden vermochte das Ichthyol, nachdem jede andre Therapie fruchtlos war, noch relativ schnelle und dauernde Besserung zu schaffen, allerdings bei ganz normal gebliebenen Herz und Lungen; ebenso bei einem jugendlichen Mädchen (27 Jahre alt).

Ein Fall von Phenacetinexanthem, von Prof. Valentin. (Ebenda. Bei einer Patientin, die an Anämie und Schlaflosigkeit mit Anfällen von Kopfschmerz litt, trat nach 1 g Phenacetin, welches sie am Abend der Kopfschmerzen wegen nahm, nach etwa zwei Stunden ein Hitzegefühl auf, so dafs sie Eiskompressen dagegen anwandte. Gleichzeitig wurde beobachtet, dafs der ganze Körper mit roten Flecken übersäet war. Um 8 Uhr morgens 38,6 ° Temper., nachmittags 37,9 °; um diese Zeit konnte V. noch konstatieren, dafs die Flecke an Armen und Beinen sehr dicht, am Körper spärlicher gesäet waren; die meisten waren nicht über linsengroſs, zum Teil spitz erhaben; das erhabene Zentrum war bedeutend dunkler, als der Rand. Einzelne waren ganz flach, alle blafsten unter dem Fingerdruck ab. Das Exanthem schwand am folgenden Tage.

Günstige Wirkung des Salols bei Blasenkatarrh im Verlaufe von Detrusorenlähmung, von Dr. B. Arnold. (Ebenda.) Bei einem 80jährigen Patienten mit Detrusorenlähmung, bei dem deshalb zweimal täglich mit Nélaton 15 katheterisiert werden mufste, entwickelte sich trotz sorgfältiger Desinfektion der Katheter eine akute Cystitis. Der Harn hatte sehr starken ammoniakalischen Geruch, war schmutzig trüb und machte

ein starkes zähschleimiges blutfettiges Sediment. Der Kranke fieberte und klagte über Empfindlichkeit der Blase auf Druck, über Harndrang etc. Da die abnorme Beschaffenheit des Harns trotz Bettruhe, Milchdiät, Fachinger Wasser, Kataplasmen und warmen Bädern dieselbe blieb, erhielt der Patient erst zweimal täglich 1 g Salol, dann dreimal täglich. Sehr bald bekam der Urin eine saure Reaktion und hellte sich immer mehr auf, zeigte jedoch bald wieder ammoniakalische Gärungsvorgänge, wenn das Salol ausgesetzt wurde.

Berlin. L. Hoffmann.

Österreich.

Über die Verwendung des grauen Öles in der Syphilistherapie von Ed. Lang (Wien). (*Wien. klin. Wochenschr.* No. 9.) Die bis jetzt unübertroffenen Wirkungen der grauen Salbe suchte L. für subkutane Injektionen zu verwerten. Seit vier Jahren benutzt er eine aus grauer Salbe und Öl bestehende Mischung, die er Oleum cinereum nennt. L. läfst gleiche Teile Lanolin und Quecksilber zu einer Salbe verreiben, in einer für vier Wochen ausreichenden Menge; dieser wird jede Woche so viel entnommen, als man zur Darstellung des grauen Öles nötig hat (mit Olivenöl). Sowohl die Salbe als das Oleum cinereum werden an einem kühlen Ort — im Sommer auf Eis — aufbewahrt, und das Ol. cin. vor seiner Verwendung über der Spirituslampe erwärmt, bis es dickflüfsig geworden und zur Injektion geeignet ist. Als beste Mischung empfiehlt L. Hg und Lanol. āā part. 3, Ol. oliv. part. 4.

Also 30% metallisches Hg! Äufserst geringe Mengen erwiesen sich schon als wirksam. Mittelschwere Formen erforderten kaum mehr als 0,3 ccm in der Woche. L. pflegt alle 5—8 Tage an zwei Stellen des Rückens oder ad nates 0,1—0,15 ccm Ol. cin. zu injizieren; nach zwei bis drei Wochen eklatante Wirkung. Dann läfst L. eine Pause von 14—20 Tagen eintreten wegen besserer Nachwirkung. Dann Wiederaufnahme der Injektionen in gleichen Mengen in gröfseren Zwischenräumen oder in geringern Mengen in derselben Zeit, bis im ganzen 1½—2 ccm injiziert sind. L. individualisiert natürlich und berücksichtigt Mundaffektionen und andre Zeichen akuter Hydrarygrose. Sorgfältige Antisepsis bei der Technik der Injektion (cfr. die Publikationen von Langs Assistenten Schuchter und Frost in *Wien. mediz. Wochenschr.* 1886 und 1888) neben der Sorge für tadellose Herstellung des Präparates! — Die weit mächtigere Wirkung des injizierten Ol. cin. erklärt sich L. schon durch seinen Hg-Gehalt im Verhältnis zu den Sublimatinjektionen. 1 ccm des 30% Ol. cin. ist = 0,39 metall. Hg = 0,52 Sublimat = 52 Lewinschen Sublimatspritzen der üblichen 1%-Lösung. — Gegen die Injektion gröfserer Mengen, auch in

elteneren Intervallen, spricht sich L. aus; schon die Gefahr der Stomatitis nerc. ist Kontraindikation genug. In 5 Fällen hat L. diese Behandlung überhaupt aufgeben müssen wegen Empfindlichkeit der Individuen oder ihrer Idiosynkrasie gegen Hg. Als Vorzüge des Ol. cin. hebt L. hervor:

1. Gleichmäfsige Verteilung des wirksamen Mittels und somit genauere Dosierung, als bei der Inunktion;

2. Bequemlichkeit der Anwendung;

3. Geringe Reaktion bei sorgfältiger Technik der Injektion.

Bei Lues der Nervenzentren, die L. mit Recht als einen Prüfstein für die Brauchbarkeit eines Mittels ansieht, hat L. sehr gute Resultate gesehen. — Um raschere Resorption eines Gumma in besonderen Fällen zu erzielen, rät L. kleine Mengen Ol. cin., 0,01—0,05 ccm, in die Nähe zu injizieren; doch gröfsere Vorsicht dabei, um Vereiterung zu vermeiden, da die Haut in der Nähe der Gummen dünner, gespannter ist und die Zirkulationsverhältnisse oft sehr ungünstige sind. Aber selbst nach Vereiterung der Injektionsstelle leidet die resorbierende Kraft des Ol. cin. nicht.

Wo Ung. cin. oder graues Pflaster nicht angewendet werden können (Meatus audit. ext., Trommelfell, Trommelhöhle, Tuba Eust., Kehlkopf Naseninneres), scheint nach L. das Ol. cin. wie geschaffen, um mit der Allgemeinbehandlung die lokale zu verbinden. Bei syph. Iritiden und andern syph. Augenaffektionen wäre Ol. cin. einzuträufeln. In eine grofse gummöse Höhle der Tibia, die nur mit einer sondenknopfgrofsen Lücke nach aufsen mündet, hat L. mit einer eigens dazu konstruierten Kanüle mehreremal Ol. cin. eingeträufelt und Ausheilung erzielt.

München. PAULY.

Frankreich.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1888. Heft 4.

Über Hydrargyrum salicylicum und seine therapeutische Anwendung bei Syphilis, sowie verschiedenen Haut- und Augenerkrankungen, von BRUNO CHAVES, Rio de Janeiro. LAJOUX und GRANDVAL zu Reims haben 1881 das salicylsaure Quecksilber zuerst chemisch untersucht. 1886 veröffentlichte dann DUPRAT seine Untersuchungen über die physiologische Wirkung dieses neuen Mittels. Noch im selben Jahre führte dann SILVA ARAUJO zu Rio de Janeiro, auf Empfehlung von GAMBERINI in Bologna, das Medikament in die Praxis ein, und zwar mit so überraschendem Erfolg bei syphilitischen Erkrankungen, dafs auch Verf. sich zu seiner Anwendung entschlofs. Er verabreicht es a. innerlich, in Pillenform, jede Pille zu 0,01 Hydrarg. salicyl., tägl. 2—4 Pillen; b. äufserlich in Salbenform von

0,5—2,0 : 30,0 Vaselin alb.; c. als subkutane Einspritzung 0,005—0,01 : 10,0 Aq. dest.; d. zur Behandlung der Gonorrhöe:

Hydrarg. salicyl.	0,0015
Aq. Rosar.	250,0
Natr. carbon.	q. s.

tägl. 3 Einspritzungen; e. als Kollyrium bei Augenleiden.

Das Mittel wird vom Magen und Darm sehr gut vertragen und hat in mehr als 400 Fällen nur einmal Stomatitis erzeugt. Dieser eine Fall, der ein sehr heruntergekommenes Individuum betraf, wird ausführlich mitgeteilt. — Dagegen hat sich das neue Salz nicht nur bei Syphilis, sondern auch bei verschiedenen Augenkrankheiten und bacillären Hautleiden glänzend bewährt, so z. B. bei der Lepra. Die Arbeit ist im ganzen sehr optimistisch geschrieben, und das Hydrarg. salicyl. dürfte wohl kaum ein andres Schicksal haben, als die vielen andern Mittel, die von unsrer fieberhaft arbeitenden Zeit auf den Markt geworfen werden. Immerhin verlohnt sich auch für uns in Deutschland ein Versuch mit diesem Salz.

Zur Ätiologie der Ichthyosis, von Dr. Heulz. Die Ichthyosis betraf ein Zwillings-Mädchenpaar von 8 Jahren und deren 6½jährigen Bruder; das Leiden war bald nach der Geburt aufgetreten und bislang nicht behandelt. Nichts derartiges in der Familie; auch keine Syphilis. Der Vater hat nach akutem Gelenkrheumatismus ein vitium cordis übrig behalten. Ob Verf. dieses Herzleiden für die Ichthyosis der Kinder verantwortlich machen will, ist nicht ersichtlich, denn er äufsert sich nicht darüber, wann dasselbe entstanden sei. Auf jeden Fall treffe den Vater die Schuld, da die — sehr nervöse — Mutter aus erster Ehe einen jetzt 15jährigen ganz gesunden Knaben habe. Ob diese Schlufsfolgerung „semblerait presque logique", mag dem Urteil des Lesers überlassen bleiben. Zum mindesten enthält dieser Fall nichts, was uns über die Ätiologie der Ichthyosis belehren könnte.

Hamburg. Türkheim.

Italien.

Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle. 1887. Heft 6.

Über die vermeinte Kontagiosität der Psoriasis. Experimentelle Untersuchungen. Dr. A. Ducrey, Assistent an der Klinik für Hautkrankheiten in Neapel, hat sich vorgenommen, experim. zu untersuchen, ob die in letzter Zeit von einigen Autoren gemachten Mitteilungen über das Vorhandensein eines spezifischen Mikrophyten als Erreger der Psoriasis auf unerschütterlicher Basis beruhen. Verf. hat seine Versuche mit den Produkten der jüngsten Effloreszenzen von an wahrer Psoriasis leidenden

Individuen, und auch mit dem Blute allein ausgeführt, das entweder aus der Vene oder aus einer Kontinuitätstrennung der erkrankten Hautstelle gewonnen wurde. Die Inokulationen wurden sowohl auf Menschen, als auch auf Tiere auf den verschiedenartigsten Wegen vorgenommen (epidermische, endermische, hypodermische Methode, ferner Injektionen in das Rektum, intraperitoneale und intratracheale Injektionen).

Verf. zieht aus seinen zahlreichen und mit der gröfsten Genauigkeit durchgeführten Versuchen folgende Konklusionen:

1. Die Psoriasis ist keine durch Kontagium, weder auf Menschen noch auf Tiere, übertragbare Affektion.

2. Die verschiedenen parasitären Formen, die von einigen Autoren in den Psoriasis-Effloreszenzen gefunden wurden, finden sich auch bei andern Affektionen und können nicht als die wahre Ursache dieser besonderen Dermopathie angesehen werden.

Auch die klinischen Erfahrungen des Verf.s sprechen absolut gegen die Kontagiosität der qu. Krankheit.

Eine besondere periphere Neurose der Haut. Prof. Gamberini wurde am 4. September 1887 zu einer Frau gerufen, die seit einigen Monaten an den Händen und Füfsen und zuletzt auch an der Lidconjunctiva beider Augen litt. Vor Jahren noch begann die schwächlich konstituierte, sehr nervöse 52jährige Frau an verschiedenartigen, nicht genau definierbaren Störungen des Abdomen zu leiden; die Diagnose lautete auch verschieden. Einige Ärzte rieten der Patientin eine Kur mit Schwefelbädern. Bald manifestierten sich, zuerst an den Füfsen, dann an den Händen Eruptionen. Zuerst zeigte sich am linken Fufse, von der grofsen Zehe bis über den Maleolus, ein Bläschenausschlag, der seiner objektiven und subjektiven Erscheinungen wegen an den Herpes Zoster erinnerte; zu gleicher Zeit entwickelte sich am andren Fufse ein furfurartiges Erythem, mit Jucken, aber ohne Bläschenbildung. Verschiedene Medikationen brachten die angegebenen Hautaffektionen zum Verschwinden, jedoch nicht vollständig.

Beim Nachlassen der Störungen an den Füfsen traten an beiden Händen Zeichen von Pityriasis dorsalis auf, mit Steigerung der Sensibilität, insbesondere an den Fingerballen. Verschiedene Mittel, die dagegen angewendet wurden, linderten diese Hautaffektionen. Bald gesellte sich aber auch ein geringer Katarrh der Lidconjunctiva mit leichtem Jucken hinzu.

In diesem Zustand befand sich die Patientin, als G. herbeigerufen wurde. Man einigte sich in der Diagnose von peripherer Neurose der Haut, die mit Verabreichung von Arsenikpräparaten zu behandeln wäre.

Bemerkenswert ist die Thatsache, die für das diagnostische Urteil spricht, dafs mehrere Stunden des Tages vergehen, ohne dafs die Frau die geringsten Beschwerden verspürt. Seit ca. einem Jahre sind die oben angegebenen Störungen des Abdomens, die früher sehr intensiv und mehr oder weniger andauernd waren, ganz verschwunden.

Verf. weist den Verdacht zurück, dafs es sich im vorliegenden Falle um eine medikamentöse Eruption handle. Man könnte allenfalls die Schwefelbäder dafür beschuldigen; wie aber dann die so zirkumskripte, sprungweise aufgetretene periphere Dermopathie erklären?

Jedenfalls ist der hier in Kürze geschilderte Fall von dem gröfsten Interesse für den Dermatologen und verdient, dafs man sich mit ihm weiter beschäftige, um vielleicht ein besseres Verständnis für die Genese dieser Dermatosen zu gewinnen.

Wien. DEL TORRE.

Scheiden-Mastdarmfistel, einen Abscefs der Glandulae vulvo-vaginales vortäuschend, von Dr. DEL CHIAPPA. (*Lo Sperimentale.* November 1887.) Bei einer tuberkulösen Prostituierten, die wegen einer unbedeutenden nicht spezifischen Läsion des linken kleinen Labiums im Syphilikomium zu Pisa lag, trat plötzlich ein heftiger Schmerz in der rechten Seite der Vulva auf. Bei der sofort vorgenommenen Untersuchung konstatierte man an der unteren Hälfte der rechten grofsen Schamlippe einen taubeneigrofsen Tumor, von weicher elastischer Konsistenz und von normaler Haut bedeckt. Die genaue Untersuchung der betreffenden Partie sowie das plötzliche Auftreten dieser Geschwulst mufsten die Diagnose von Abscefs der vulvo-vaginalen Drüsen ausschliefsen. Eine Hernia cruralis oder inguinalis konnte auch nicht angenommen werden. Da die Patientin, entgegen dem ärztlichen Rat, aufstand, wurde die Geschwulst gröfser, die umgebenden Gewebe entzündeten sich, der Schmerz steigerte sich, und es trat Fieber auf; nach wenigen Stunden exulcerierte die Oberfläche des Tumors, und es trat aus der spontan entstandenen Öffnung etwas eiterige Materie heraus. Die Wunde wurde gröfser gemacht, und bei der Sondierung konstatierte man einen Fistelgang, der sich im Rektum öffnete. Durch die Radikalbehandlung der Fistel trat bald vollständige Heilung ein.

Verf. stellt einige Betrachtungen an, um die qu. Krankheitsform von andern, mit welchen sie hätte verwechselt werden können, zu differenzieren.

Die gegenwärtige Fistel mufs zum Ausgangspunkt eine früher bestandene innere blinde Fistel gehabt haben; diese erste Läsion ist sehr leicht anzunehmen, in anbetracht der Beschäftigung und der physischen Bedingungen der Patientin (Tuberkulose).

Syphilis und Reizung, von Dr. BOSMA (*Rivista Venata di scienze mediche.* 1887.) Es ist dies eine sehr interessante und fleifsig durchgeführte klinische und experimentelle Arbeit, welche den Zusammenhang zwischen irritativen Einflüssen (künstliche oder natürliche Irritation) und luetischen Manifestationen eingehend behandelt. Es sind in Betracht gezogen die Initialsymptome der Syphilis, sowie deren sekundäre und tertiäre Erscheinungen mit Bezug auf alle Körperteile. —

Das Salol und dessen therapeutische Anwendung bei einigen venerischen Affektionen, von Dr. Salsotto. (*Gazetta medica di Torino.*) Aufser bei andern Krankheiten, die unsre Spezialität nicht interessieren, hat Verf. das Salol bei Urethritis acuta, Balanopostitis, Ulcus molle, Syphilomen und bei Plaques und Papeln der Schleimhäute angewendet.

In Pulverform angewendet, hat sich dieses Mittel als wirksam gezeigt bei Balanopostitis, bei Ulcera, bei ulcerösen Adenitiden.

Die wenigen Fälle von Lues, die vom Verf. mit Salol behandelt worden sind, lassen annehmen, dafs es von Nutzen sei als Topikum bei der Initialsklerose und bei den sekundären Formen der Schleimhäute.

Historisches und Therapeutisches über die auf der dermatologischen Klinik zu Bologna behandelten Affektionen, von Prof. Gamberini. (*Giorn. internat. delle scienze mediche.* 1887.) Wir heben einige therapeutische Daten aus dieser Arbeit hervor: In Fällen von Ulcus molle wendet Verf. insbesondere Jodoform und Waschungen mit Karbolsäurelösung an.

Bezüglich der Gonorrhöe ist Verf. kein Freund der parasitären Theorie und verordnet einfach eine lokale antiphlogistische Behandlung, Diät, Ruhe, ableitende Mittel auf den Darm etc.

Bei der sekundären Syphilis empfiehlt Verf. die interne Kur mittels Mercurium tannicum und carbolicum. Bei den tertiären Formen verabreicht Verf. aufser Natr. jodatum noch 0,01 Merc. bijodatum, dessen Menge bis zu 6,00 und 10,0 täglich gesteigert wird. Die Initialsklerose behandelt G. nicht.

Bei Prurigo und Lichen werden Waschungen mit Leberthran und gewöhnliche Einseifungen, von einem lauwarmen Allgemeinbad gefolgt, angewendet; zum internen Gebrauche Arsenikpräparate.

Da Verf. von der Chrysonphansäure bei Psoriasis keine nennenswerten Erfolge sah, so wendet er innerlich bald die Kalium-, bald die Arsenikpräparate an, äufserlich Einreibungen mit einer Teersalbe.

Wien. del Torre.

Neue Experimente zur Syphilistherapie. Dr. de Luca (*La Riforma medica.* No. 67 und 68. 1888) hat das Quecksilberalaninat in 40 Fällen von rezenter Syphilis angewendet und aus den statistischen Daten seiner Versuche zieht er folgende Schlüsse:

Das Queksilberalaninat wird von den Kranken gut vertragen, sowohl per os, als auch auf hypodermatischem Wege.

Auf hypodermatischem Wege verabreicht ist es allen andern löslichen Präparaten vorzuziehen, da es schon in relativ geringer Menge wirksam ist und nur eine beschränkte Zahl von Abscessen an der Injektionsstelle erzeugt (0,53 %).

Bezüglich der internen Darreichung ist es in Fällen von infantiler Syphilis allen andern Merkurpräparaten vorzuziehen (tägliche Dosis: 2 bis 5 Milligramm), namentlich darum, weil es sehr gut vertragen wird. Nach Ansicht des Verfassers scheint die Heilung der syphilitischen Formen durch Quecksilberalaninat besser und dauernder als durch irgend welche andre Präparat zu sein.

Zersetzt der tierische Organismus das Jodkalium? von Dr. G. Gaglio. (*Lo Sperimentale.* Heft 7. 1887.) Die Wirksamkeit der Jodkaliumkur pflegen wir dem Umstande zuzuschreiben, dafs aus diesem Präparat das Jod durch den Organismus frei gemacht wird. Binz hat diese Frage in seinem Buche über Pharmakologie als im bejahenden Sinne gelöst hingestellt. Aus seinen Versuchen zieht aber G. den Schlufs, dafs es gar nicht erwiesen sei, dafs es sogar sehr unwahrscheinlich ist, dafs bei den Oxydationsvorgängen im Organismus aktiver Sauerstoff frei werde und so das Jodkalium zersetze mit Bildung von freiem Jod.

Über einen Fall von totaler Nekrose der Nägel beider Hände, von de Sanctis. (*Lo Sperimentale.* No. 7. 1887.) Das von dieser Läsion befallene Individuum, Mann von 45 Jahren, hatte Rachitis und Blattern in seiner Jugend und litt seit seiner frühesten Kindheit an epileptischen Anfällen. Im Alter von 25 Jahren, nach einem nervösen Anfall, begannen drei Finger seiner Hände brandig zu werden. Nun, nach einem andren aber viel schwereren und länger andauernden Anfalle, sind alle seine *Nägel* dem nekrotischen Prozefs verfallen.

Zur Erklärung dieser Thatsachen acceptiert Verf. die Anschauung Meynerts, welcher sagt, dafs gleich wie Blutsuffusionen in der Conjunctiva nach einem epileptischen Anfalle infolge Berstung von kleinen Äderchen auftreten, dies auch unter den Nägeln in der Matrix geschehen könne, so dafs dann diese Blutung sich fast wie ein Fremdkörper zwischen Nagel und Nagelbett festsetzt, dadurch die Ernährung der nächsten Umgebung unterdrückt und in der Folge die Nekrose herbeiführt.

Späte Manifestationen der Syphilis, von Dr. Ferrara. (*La Medicina contemporanea.* No. 6. 1887.) In dieser Arbeit sind seltene Fälle von tertiären Formen des Gehirns, des Herzens, der Lunge, des subkutanen Zellgewebes angeführt, die F. auf der Klinik des Prof. Semmola zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. Die Abhandlung schliefst mit einer genauen Analyse aller differentiellen Zeichen zwischen subkutanem Gumma und Sarkom.

Rom. Tommasoli.

Rufsland.

Borofuchsin zum Färben von Leprabacillen. (*Dnewnik Kasansk. Obschtschutwa wratschu.* 1888. 15. März.) Professor Lubimow (Kasan) schlägt folgende neue Tinktionsflüssigkeit vor (die er übrigens auch zum Färben von Tuberkelbacillen benutzt):

Fuchsin	
Borsäure	0,5
Alkohol	15,0
Aq. destill.	20,0

Zuerst schüttet man die Borsäure in das Aq. destill. und löst sie, während man schüttelt und Alkohol zusetzt. Dann erst wird das Fuchsin zugeschüttet, welches sich schnell beim Schütteln löst. Die Lösung ist klar, gibt keine Niederschläge, reagiert schwach sauer und zeichnet sich durch ihre Haltbarkeit aus; auch braucht sie nicht vor der Verwendung filtriert zu werden. L. läfst die Schnitte von Lepraknoten 24 Stunden in der Lösung liegen und bringt sie darauf in verdünnte Schwefelsäure (1:5), in welcher sie liegen bleiben, bis die schwarzbraunen Schnitte eine gelbbraune Färbung annehmen. Zur Doppelfärbung benutzt er konzentrierte wässerige Methylenblaulösung. Hierauf Entwässerung, Klärung mit Cedernöl und Einbettung in Kanadabalsam.

Zur Pathologie der Lepra. (Kiew. 1887. Diss.) Dr. Sudakewitsch hat unter der Leitung des Professor Münch in Kiew den Sympathicus, die Paccinischen Körper und das Ganglion Gasseri in einigen Fällen von Lepra untersucht und stets in denselben Leprabacillen in den Nervenzellen gefunden. Ferner konnte er an letzteren Pigmentschwund, Vakuolenbildung, Sklerose und Fettdegeneration des Protoplasma konstatieren, die Kerne waren geschrumpft, die Kapseln verdickt. In den Paccinischen Körperchen sah S. die Leprabacillen, sowie auch Granulationszellen zwischen den konzentrierten Schichten und konstatierte, dafs die zentrale Nervenfaser geschwunden.

Impfversuch mit Syphilis an Pferden. (*Wratsch.* No. 15. 1888.) Dr. P. Lesin berichtet in einer kurzen vorläufigen Mitteilung über seine an der Klinik Professor Tarnovskis unternommenen Impfungen.

L. hat an einem gesunden halbjährigen Füllen im Verlauf von 11 Monaten (Dezember 1886—November 1887) eine Reihe von Impfungen gemacht und zwar 1. mit einer Impfnadel mit Detritus von Ulcus induratum und nässenden Papeln Stiche in die Haut des Halses und in die Schleimhaut der Schnauze und des Maules gemacht; 2. dieselben Syphilisprodukte wurden subkutan injiziert, mit destilliertem Wasser ää vermischt; 3. Stücke von nässenden Papeln unter die Haut eingenäht; 4. das Sekret nässender Papeln in exkoriierte Stellen eingerieben; 5. Watte und Scharpie- (?) Kügelchen mit ge-

nannten Sekreten imbibiert in Hautwunden gelegt und einige Stunden liegen gelassen. Aufser leichter entzündlicher Reaktion traten keine Lokalerscheinungen auf. Während der ganzen Zeit blieb das Füllen gesund, nur hat es zwei mal einige Tage gefiebert. — Am 5. Februar 1888 wurde das Füllen getötet und seziert. Dabei wurde folgender Befund konstatiert: die Haut und Schleimhäute zeigten keinerlei Veränderungen. Die Unterkieferdrüsen vergröfsert, derb, auf dem Durchschnitte von Talgfarbe. Ferner waren auch die Hals-, Axillar-, Bronchial- und Inguinaldrüsen vergröfsert. Lungen und Milz unverändert, die Leber derber als normal, in der Kapsel stellenweise Verdickungen. Die mikroskopische Untersuchung ergab unter der Glissonschen Kapsel zahlreiche runde Nester, aus Granulationszellen bestehend. Ähnliche Nester fanden sich auch im Lebergewebe. Unter dem Endokardium des linken Herzventrikels, welches getrübt, fand man ebenfalls Nester von Granulationszellen und zwar stets in der Umgebung von Gefäfsen. Verfasser selbst zieht keinerlei Schlüsse aus diesem Befunde und thut wohl daran. Die Experimente sollen noch fortgesetzt werden.

Über die Mikroorganismen der Syphilis hat Dr. Smirnow in Kasan (NB. nicht zu verwechseln mit Professor Smirnow in Helsingfors) unter der Leitung des Professor Gay eine Reihe von Untersuchungen angestellt, deren Ergebnis er in seiner Dissertation niedergelegt hat. Smirnow hat von ca. 100 verschiedenen syphilitischen Patienten das Sekret des harten Schankers und der Papeln, sowie auch letztere untersucht und zwar sowohl nach der Methode Lustgarten, wie auch Doutrelepont, Schütz, Giacomi und Gram. Dabei kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Die Mikroorganismen kommen im Sekret des Ulcus indurat. und der Papeln konstant vor.

2. Der vorherrschende Typus der Mikroorganismen in genannten Sekreten unterscheidet sich nicht von denjenigen, die auch bei Gesunden an den Genitalien zu finden sind.

3. In den normalen Sekreten der Genitalorgane findet man stets sowohl Stäbchen wie Kokken.

4. Nach lokaler Applikation von Kalomel oder Jodoform findet man keine Mikroorganismen in den Sekreten syphilitischer Affektionen.

In den Schnittpräparaten von syphilitischen Produkten der Gewebe hat S. nur äufserst selten, in nässenden Papeln etwas häufiger Mikroorganismen gefunden, jedoch von so wechselnder morphologischer Beschaffenheit, dafs sich daraus kein positiver Schlufs ziehen läfst. Daher hält Smirnow die Frage, welche Mikroorganismen die Syphilis bedingen, für offen, die von Lustgarten gefundenen Bacillen sind jedenfalls nicht die spezifischen. (Dissert. Kasan. 1888.)

Zur Therapie der Paraphimose. Dr. E. Penkin, Landarzt in Koselsk, weist darauf hin, dafs er in seiner Landpraxis jährlich ca. 10—16 Fälle von Paraphimosis, gewöhnlich bei Kindern, sieht, meist aber schon in einem

so vernachlässigten Zustande, dafs die Reposition nach den gewöhnlichen Methoden nicht gelingt. Anderseits, da es sich stets nur um ambulatorische Kranke handelt, entschliefst er sich nur ungern zu operativen Eingriffen. Daher hat er seit 1885 zu einer von englischen Ärzten vorgeschlagenen Methode gegriffen und ist mit ihr stets zu einem befriedigenden Resultat gelangt. Sie besteht in folgendem: Man nimmt eine dünne Schnur (am besten die Sorte, welche von den Apothekern zum Verbinden der Flaschen benutzt wird) und legt damit fest aneinander liegende Touren an, von der Glans zur Radix penis fortschreitend. Nach 2—3 Minuten nimmt man sie wieder ab und nun gelingt infolge des geschwundenen Ödems die Reposition leicht.

Über die Resultate der Pockenbehandlung bei Geimpften und Nichtgeimpften gibt Dr. M. Senetz auf Grund von 152 im Alexandrinen-Kinderhospital zu Warschau 1887 beobachteten Fällen folgende Data: 31 waren geimpft, davon starb 1 (3 %). Von 121 Nichtgeimpften starben 51, d. h. 41 %. Im Jahre 1886 starb von 12 Geimpften kein einziges der an Pocken erkrankten Kinder, von 14 Nichtgeimpften dagegen 12 (86 %). (*Über den Einfluſs der Vaccination auf die Pockensterblichkeit.* Warschau 1888.)

Im *Wratsch* No. 14 theilt Dr. A. Suchow aus dem Marine-Hospital zu Kronstadt seine Resultate mit, welche er mit einer neuen **Methode zur Behandlung der Inguinalbubonen** erzielt hat. Die Methode besteht in folgendem. Sobald man deutliche Fluktuation fühlt (Rötung und Verdünnung der Haut braucht man nicht abzuwarten [warum auch?]), macht man einen Einstich mit einer Lanzette und drückt nach Möglichkeit allen Eiter heraus und spritzt durch dieselbe Öffnung eine Lösung von Jodoform in Äther (1:6) hinein, worauf man die Öffnung auf 2—3 Minuten mit den Fingern zudrückt. Hierauf legt man ein Stück hygroskopischer Watte darauf, welche den Jodoform-Äther in sich aufsaugt, und legt einen Verband an [welcher Art, verschweigt der Verfasser]. Am folgenden Tage nimmt man den Verband ab, drückt den angesammelten Eiter wieder aus und wiederholt die Injektion u. s. w., bis alles verheilt ist. Verfasser gibt selbst an, dafs die Patienten recht starke Schmerzen bei der Injektion fühlen, dafs zuweilen die Haut der Umgebung des Einstiches mortifiziert wird. Um letzteres zu vermeiden, soll man nicht zu viel von der Lösung injizieren und nicht zu stark den Eiter „herausdrücken." Als Hauptvorzug dieser Methode hebt S. hervor, dafs die Behandlungsdauer verkürzt wird. Als Durchschnitt gibt S. 11 Tage an, während bei andern Methoden minimum 1 Monat nötig ist. [NB. Nach der Methode des Referenten ist aber die Durchschnittsdauer ca. 20 Tage, wie dieses auch von Janowski bestätigt worden, das Minimum aber 8—10 Tage. Die betreffenden Arbeiten scheinen dem Verfasser unbekannt geblieben zu sein.] Dabei sagt S. selbst, diese Angaben beziehen sich nur auf Bubonen, die im Beginne zur Behandlung kommen, in späteren Stadien dauert die Behandlung länger. Weiter zeigt Verfasser durch eine Notiz, dafs er auch beim breiten Schnitt den Verband alle 2—3 Tage gewechselt,

dafs er den Dauerdruckverband nicht geübt hat, sonst würde er wohl auch andre Resultate aufweisen können. Sehr zu bedauern ist, dafs S. keine genaue Tabelle gibt und nur flüchtig erwähnt, er habe ca. 30 Fälle nach seiner Methode behandelt. Die Injektion von Jodoform-Äther ist übrigens, wie er selbst anführt, nicht seine eigne Idee, da bereits 1886 VERNEUIL diese Lösung mit gutem Erfolg bei kalten Abscessen injiziert hat. [Obgleich Referent seit Jahren sehr gute Resultate mit seinem Dauerdruckverband erzielt, hielt er sich verpflichtet, Versuche mit der von SUCHOW beschriebenen Methode anzustellen, konnte sich jedoch von den Vorzügen nicht überzeugen. In einem Falle von doppelseitigem Bubo wurde auf der linken Seite nach SUCHOW, auf der rechten Seite nach des Referenten Methode behandelt, das Resultat war, dafs die rechte Seite um 10 Tage früher verheilte, und Patient selbst entschieden dem Druckverband nach breiter Inzision den Vorzug gab, weil er ihn viel weniger inkommodierte, als das tägliche Verbinden und mit bedeutenden Schmerzen verbundene Injizieren nach SUCHOWS Methode. Zwei mal mufste Referent von letzter Methode abstehen und noch nachträglich breiter inzidieren und die schlaffen Granulationen auskratzen. Ergo kann man in SUCHOWS Methode leider keinen Fortschritt konstatieren.]

Über das Ausscheiden von Jod durch die Nieren hat Dr. GEISLER in der Klinik des Prof. TSCHUDNOWSKI eine Reihe von Versuchen angestellt und in seiner in St. Petersburg kürzlich erschienen Dissertation beschrieben. Er gab fieberfreien Schwindsüchtigen und Patienten mit Bronchialkatarrh oder Grippe, bei denen keine Veränderungen an Herz und Nieren nachweisbar, Jodkali und fand, dafs einmalige Dosen von 0,3 in 11 Stunden, 0,6 in 25 Stunden ausgeschieden wurden. Gab man aber 1,0 in kleinen Dosen verteilt und im Laufe eines Tages, so dauerte die Ausscheidung noch 23 Stunden nach der letzten Einnahme. Bei Nierenkranken fand er die Jodausscheidung verlangsamt, und zwar dauerte es durchschnittlich ca. 40 Stunden, bis das Jod ausgeschieden worden war, einerlei, ob es sich um akute oder chronische Entzündung der Nieren handelte. Bemerkenswert ist es übrigens, dafs die Verlangsamung der Ausscheidung erst eintritt, wenn aufser den Glomerulis auch die Harnkanälchen affiziert sind. Bei Leberleiden findet ebenfalls eine bedeutende Verlangsamung der Jodausscheidung statt, in einem Fall von Ascites hepatischen Ursprunges dauerte sie bis zu 90 Stunden, fiel aber nach der Punktionsentleerung des Ascites auf 60, dann 48 Stunden. Aus seiner Arbeit schliefst er, dafs Jod gleichmäfsig, beständig durch normale Nieren ausgeschieden wird und zwar 1,0 in 24 Stunden, und zwar in refracta dosi schneller, als bei einmaligen gröfseren Dosen.

St. Petersburg. PETERSEN.

Amerika.

Charles W. Kollock M. D. schildert (*Med News.* 25. Febr.) einen Fall von **Lepra**, bei welchem an beiden Augen die Cornea, Conjunctiva, Iris, wahrscheinlich auch Chorioidea und Retina ergriffen waren. Trotz energischer Behandlung, bei der auch der Galvanokauter in Anwendung kam, trat fast vollständige Amaurose ein. Verfasser glaubt, dafs ein besseres Resultat zu erzielen gewesen wäre, wenn Patientin frühzeitiger in augenärztliche Behandlung gekommen wäre.

In einem Vortrag über **einige Fragen in bezug auf Spätformen der Syphilis hereditaria** (*Med. News.* 24. März) stellt Dr. Fred. R. Sturgis die Grenze für das Latentbleiben dieser Affektion auf 12 Monate fest. Diday fand bei 118 von 249 Fällen Symptome der Krankheit vor Ablauf des ersten Monats, bei 117 zwischen erstem und drittem Monat, und nur bei 14 traten die Erscheinungen später auf. Es werde häufig der Irrtum begangen, dafs man glaube, das Leiden müsse sich sofort bei der Geburt dokumentieren. Auch seien die angeblichen „Spätformen", d. h. solche, welche erst nach dem fünften Lebensjahre zum Ausbruch kommen, oft durch die Überreste früherer Keratitis, Otitis etc. als blofse Recidive nachzuweisen. Therapeutisch empfiehlt Redner einzig und allein Jodkalium.

Dr. L. Keyes hat den Eindruck gewonnen, als ob die Syphilis congenita mit dem zunehmenden Alter der betreffenden Patienten an Intensität verliert. Redner schildert die erfolgreiche Behandlung eines verzweifelten Falles von Lues bei einem Neugeborenen. Nach zweistündigen Dosen von Sublimat zu 0,0012 bei Tag und Nacht ist das Kind jetzt nach 6 Monaten im Zustand besten Gedeihens.

Dr. Jacobi macht auf die Schwierigkeit der Differential-Diagnose zwischen Skrophulosis, Rachitis und Lues congenita aufmerksam. Die mitgeteilten Fälle von späterm Ausbruch der angeborenen Syphilis rühren sämtlich von älteren Schrifsstellern her; neuere Forscher stellen wohl alle diese Möglichkeit des Latentbleibens etwa bis zum Jünglingsalter in Abrede. (*N. Y. Acad. Med.* März 15.)

Vor der Philad. Acad. Surg. (5. März) stellt Dr. De Forrest Willard einen erfolgreich behandelten Fall von **Epitheliom des Penis** vor. Patient, 70jährig, hatte seit ca. 2 Jahren ein geringes Gefühl von Brennen in der Glans gehabt; seit 6 Monaten hatte sich Geschwürsbildung eingestellt, welche die ganze Glans und einen Teil der Urethra zerstörte. Drüsenschwellungen nicht nachzuweisen. Heilung. (*Med. News.* April 7.)

M. A. Beader M. D. schildert (*Med. News.* 28. April) einen Fall von **symmetrischer Gangrän** an einem ca. 40jährigen, sonst kräftigen Manne. Derselbe war mit Ausnahme einer gewissen Schwäche des einen Beins, die nach einem vor 6 Jahren erlittenen Ohnmachtsanfall zurückblieb,

völlig gesund. Das Leiden hat seinen Sitz an der Vorderfläche der Unterschenkel dicht unterhalb der Kniee; es entwickelte sich im Laufe von 8 Monaten zunächst als ziemlich scharf umschriebene, dunkle, wie blutrünstige Flecke, die auch mit ganz scharf markierter Purpura eine entschiedene Ähnlichkeit darboten und völlig schmerzfrei blieben. Später bildeten sich wenig tiefgehende, aber sehr intraktable Geschwüre aus. Fieber wurde dabei niemals beobachtet. Die Ätiologie dieses Leidens ist dunkel. Verfasser betrachtet den Fall als ein Beispiel Raynaudscher Krankheit. Therapeutisch erwiesen sich möglichst reizloser Salbenverband und Jodoform als die zweckmäfsigste Behandlung.

W. A. Hardaway M. D. gibt (*Med. News.* 5. Mai) einen Nachtrag zu seinem früheren Bericht über die **Erfolge der Elektrolysis** bei dem ersten auf diese Weise behandelten Fall einer femina barbata. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.* November 1887.) Bei einer sonst völlig weiblich ausgebildeten Dame hatte sich im 18. Lebensjahr ein leichter Flaum um Kinn, Wangen und Oberlippe gezeigt. Durch Behandlung mit Enthaarungspulver bildete sich derselbe bald zu einem richtigen, üppigen Vollbart aus. Die elektrolytische Behandlung dauerte mit Unterbrechungen bis 1886. Alsdann war der Bart völlig beseitigt. Es werden in der That durch diese Methode die Haarpapillen vollständig zerstört und die Wiederentstehung der Haare somit vollkommen verhindert.

Horatio R. Storer M. D. stellt in einem Vortrag über die **Wichtigkeit der Ausrottung der Syphilis** (*Journ. Amer. Med. Ass.* 25 Febr.) folgende Sätze auf:

1. Die Syphilis wird viel eher bei einem kachektischen als bei einem fast gesunden Individuum konstitionell werden.

2. Kachexien (Struma) als Folge von Syphilis werden, wennschon als nicht ganz selten erkannt, doch nicht häufig genug diagnostiziert und noch weniger häufig richtig behandelt;

3. Eine syphilitische Kachexie, mag sie erworben oder angeerbt sein, heilt niemals von selbst aus.

4. Die erbliche Disposition zur Syphilis (ganz abgesehen von der angeerbten Syphilis selbst) ist viel häufiger als gewöhnlich angenommen wird (? Referent).

5. Es wird die primäre Syphilis zuweilen durch ganz gesunde Frauen übertragen (? Referent), und darf dieser Umstand bei der Frage von der Ausbreitung des Leidens nicht aufser Acht gelassen werden.

Verfasser beruft sich alsdann auf die von Dr. Wm. Porter im *N. Y. med. Record* mitgeteilten Beobachtungen, dafs Lungenphtise auf syphilitischer Basis ganz häufig vorkomme und zwar eben so oft bei acquirierter als bei angeerbter Lues. Es kommt dabei zu Verdickungen, Erweichungen, Kavernenbildungen etc. ganz analog den Vorgängen bei tuberkulöser Phtise.

Aus diesen und anderen Gründen sei:

6. die Möglichkeit gegeben, daſs mit der Beschränkung der Phthise und andrer zehrender Krankheiten gleichzeitig die Intensität und Ausbreitung der Syphilis gehemmt werde;

7. ist es wahrscheinlich, daſs umgekehrt mit der Beschränkung der Syphilis die Ausdehnung der verschiedenen hektischen Krankheiten eingeschränkt werden wird;

8. darf man also hoffen, schlieſslich die Syphilis gänzlich auszurotten.

Hautkrankheiten bei den Indianern. Frederick Treon M. D. berichtet ebenda in einem Aufsatz über ärztliches Wirken bei den Sioux-Indianern, daſs er während seiner ganzen einjährigen Beobachtungen noch keinen Fall von Gonorrhöe oder frischer Syphilis bei ihnen gesehen hat, obgleich sich dort eine erbliche Affektion vorfindet, welche allerdings von Syphilis herzustammen scheint. Scabies ist bei ihnen sehr häufig, desgleichen Ekzema, Herpes und Ichthyosis. Von letzterer wird ein sehr hochgradiger Fall bei einem hochbetagten Greise genauer beschrieben. Läuse sind bei ihnen oft in Ekel erregenden Mengen vorhanden.

Dr. J. N. Love empfiehlt (*Journ. Am. Med. Ass.* 3. März) **verdünntes Wasserstoffsuperoxyd bei scarlatinöser Diphterie** zum Ausspritzen der Nase und zum Entfernen der Membrane (7 erfolgreiche Fälle). Desgleichen soll es bei akuter Koryza gute Dienste leisten und wird auch zur Behandlung der Gonorrhöe empfohlen, ebenfalls bei Ozaena und namentlich zur Entfernung von Pigmentflecken auf der Haut. Das gewöhnliche H_2O_2 wird auf die Membrane direkt appliziert, oder es kommt in einer Verdünnung von 1:3—6 Aqua zum Ausspritzen in Gebrauch.

G. L. Magruder M. D. (*Journ. A. M. A.* 28. April) berichtet über einen Fall von **sekundärem Scirrhus des Os sacrum** und der Leber nach einem 5 Jahre bestandenen verheimlichten Scirrhus der Mammae. Die ersten Symptome, welche die ärztliche Untersuchung herbeiführten, waren intensive Schmerzen im linken Bein, denen bald diffuse Peritonitis folgte.

Dr. Henry Jackson (*Journ. A. M. A.* 5. Mai) berichtet über 50 konsekutive Fälle von **Scarlatina** mit 4 Todesfällen, welch letztere sämtlich auf Komplikation mit Diphterie zurückzuführen waren. Verfasser hält dafür, daſs die Diphtherie bei Scharlach eine wirkliche Komplikation darstelle, und nicht ein Symptom derselben sei. Therapeutisch sei die Tinct. ferri chloridi zu empfehlen.

Vor der *N. Y. Clin. Society* berichtet Dr. Curtis über einen Fall von intensiver **Cephalalgie,** welche er als luetischen Ursprungs deutet. Infektion scheint 5 Wochen vor Eintritt der Kopfschmerzen stattgehabt zu haben. Der Einfluſs der Therapie (bestehend in Dosen von 0,0025 Sublimat und 0,24 Jodkalium 3—6 mal täglich) war deutlich ausgesprochen. Die Diagnose der Syphilis schien bei bestehender Angina sowie Ulcus an der Vulva nicht zweifelhaft. (*N. Y. Med. Journ.* 14. Jan.)

Dr. THACHER (ebenda) fand bei der Autopsie eines Vollnegers Verdickung der Nebennierenkapseln und verschiedene braune Flecke auf der Zunge. Er stellte die Diagnose auf **Morbus Addisonii.**

Dr. JOHN STICKLER trug vor der *N. Y. Acad. Med.* seine Ansichten über einen **Zusammenhang zwischen der Maul- und Klauenseuche der Rinder und der menschlichen Scarlatina** vor. Er hat 3 Kinder mit dem Virus des ersteren geimpft und glaubt, dafs es möglich sein werde, dasselbe zum Schutze gegen Scharlach zu verwerten. Seine Ansichten wurden von andern Mitgliedern der Gesellschaft sehr energisch bekämpft. (*N. Y. Med. Journ.* 14. Jan.)

Bei Gelegenheit einer Strafverfügung von Mark 400 gegen einen Arzt, der versäumt hatte, einen ihm in seiner Praxis vorgekommenen Fall von **Lepra** anzuzeigen, widmet das *N. Y. Med. Journ.* vom 21. Jan. der Frage von der Kontagiosität dieser Krankheit einen Leitartikel. Namentlich die Verhältnisse auf den Sandwichs-Inseln mit ihrer Kolonie von 700—800 Leprakranken bieten genügende Beweise von der Ansteckungsfähigkeit dieser Krankheit.

Dr. H. G. PIFFARD berichtete (*N. Y. Med. Journ.* 11. Febr.) vor der Med. Soc. State N. Y. über die **Behandlung von Lupus** (6 Fälle) mit Hydronaphtol in einer 10 % Lösung von Liquor gutta perch. oder mit 20 % Guttaperchapflaster. Dr. P. A. MORROW empfiehlt dagegen die Skarifikationsmethode.

WILLIAM C. WOOD M. D. schildert einen Fall von **Primärsyphilid der Hand** mit leichten, durch geeignete Therapie in Schranken gehaltenen Sekundärerscheinungen. Die Infektion wurde dadurch herbeigeführt, dafs Patient einen nachweislich syphilitischen Mann bei einem Strafsenkrawall auf den Mund schlug. Ein seitdem gezeugtes Kind ging an Lues congenita zu Grunde. Patient selbst starb nach wenigen Jahren an Phtise. — Verfasser empfiehlt zur Verhütung und Unterdrückung der Syphilis: 1. die Kontrolle der Prostituierten; 2. die Einsetzung eines Komitees von Sachverständigen zur Ausübung von Quarantänemafsregeln gegen alle Syphilitischen; 3. Bestrafung der Verheiratung bei vorhandener Syphilis. (*N. Y. Med. Journ.* 18. Febr.)

Zwei Fälle von **Gangrän**, die **durch subkutane Kokaininjektion** herbeigeführt wurden, teilt J. A. NICHOLS M. D. mit. Verfasser hatte das eine Mal wegen einer Phimosis, das andre Mal behufs Amputation der Endphalanx des dritten Fingers dasselbe injiziert. Bei beiden wurde am dritten resp. am vierten Tage p. o. Gangrän vorgefunden. Da nur ca. 1,0 einer 4 % Lösung injiziert wurde, so ist es fraglich, ob das Kokain wirklich die Schuld an der Entstehung der Gangrän trägt. (Ebenda.)

Dr. O'DWYER empfiehlt (Med. Soc. State N. Y.) seine Methode der **Intubation bei syphilitischer Stenose des Larynx**; bei auf diese Weise

behandelten Fällen wurden sehr erfreuliche Resultate erzielt. Bei der einen Patientin verblieb die Kanüle nicht weniger als 10 Monate im Kehlkopf. Das Schlucken scheint dadurch wenig behindert zu sein. (*N.-Y. Med. Journ.* Febr. 18. und März 10.)

Caruncula urethralis wird von Dr. JOHN G. PERRY (*N.-Y. Med. Journ.* Mai 3) als eine am Meatus urinarius ext. bei Frauen vorkommende, seltene Geschwulst geschildert. Dieselbe entsteht auf der entzündeten, häufig auch ektropionierten Schleimhaut und ist hauptsächlich aus neugebildeten resp. überfüllten Gefäfsen gebildet.

FREDERICK A. CASTLE M. D. hält die Affektion für durchaus nicht so sehr selten. In den meisten Fällen stellen die Carunculae urethrales ganz einfach Urethralhämorrhoiden dar. Sie treten viel deutlicher bei Untersuchung in der Rücken- als in der Seitenlage hervor. Nur wenige dieser Karunkeln sind richtige Schleimhautpolypen. Manchmal geben sie zu unliebsamen Blutungen Anlafs, indem sie sich beim Katheterisieren im Fenster des Katheters fangen. (Ebenda. März 17.)

Dr. ROBERT T. MORRIS empfiehlt zur Prophylaxe resp. zur Behandlung von **Hühneraugen** der grofsen Zehe die Geradstellung derselben mittels eines in den Stiefel eingenähten Wulstes, da dieselben hauptsächlich durch Schiefstellung der Zehe entstehen. Im Notfall mufs die Geradstellung durch Operation ermöglicht werden. (Med. Soc. N. Y. *N.-Y. Med. Journ.* März. 10.)

Dr. G. H. FOX hat (ebenda) von **Resorcin bei der Behandlung von Akne** gute Resultate gesehen. Verf. unterscheidet zwei Formen derselben: 1. Die torpide Akne mit teigiger, dicker Haut, auf welcher Komedonen, Papeln und Pusteln verstreut sind, und 2. die entzündliche Form mit dünner empfindlicher Haut, wenigen Komedonen und einigen roten Flatschen, welche nach dem Essen und bei Erregung deutlicher hervortreten. Nur die torpide Form wird durch Resorcin gebessert. Dasselbe wird in Form von Salbe oder als Waschwasser verwendet.

Xeroderma pigmentosum und dessen Beziehungen zu malignen Neubildungen der Haut wurde von Dr. R. W. TAYLOR vor der N. Y. Acad. Med. Febr. 2 diskutiert. Verf. hat 1877 über sieben Fälle dieser Krankheit Mitteilung gemacht und gibt nunmehr das Resultat seiner weiteren Beobachtung derselben. Aus der Litteratur hat er noch weitere 39 Fälle zusammengestellt. Von seinen Kranken waren drei derselben Schwestern, zwei andre Kousin und Kousine der ersteren; sechs gehörten der jüdischen Rasse an. Das Leiden kennzeichnete sich als teleangiektatische, pigmentierte und atrophische Veränderungen, welche aber alle im engsten Konnex mit einander stehen. Das Alter war beim Eintritt des Leidens bei seinen Patienten niemals höher als 14 Monate; unter den 39 gesammelten Fällen variierte die Eintrittszeit vom ersten bis höchstens dem zweiten Lebens-

jahre, im Gegensatz zu den von KAPOSI, HEITZMANN und VIDAL beschriebenen Spätformen, welche übrigens auch sonst mancherlei Abweichungen aufweisen.

Die Affektion beginnt als ein scharf markiertes, oberflächliches, glattes Erythem des Gesichts und kriecht allmählich weiter, um gewöhnlich ungefähr an der dritten Rippe mit scharf markierter Grenze aufzuhören. Später macht dasselbe einer mehr oder weniger deutlichen, hellbraunen bis dunkel schwärzlichen Pigmentierung Platz, welche mit verstreuten teleangiektatischen Stellen abwechselt. Dauer bis zur völligen Pigmentierung ca. 6 Monate. Diese macht nun des weiteren einer intensiven Atrophie der Haut, welche fast papierdünn wird und hochgradigen Schwund der Follikel aufweist, Platz. Auf dieser atrophischen Basis entwickeln sich oft atypische Epithelwucherungen, welche auch zu malignen Tumoren ausarten können. Bei den erwähnten 39 Fällen traten bei 16 bösartige, bei 6 gutartige Neubildungen auf; bei weiteren 9 ist eine weitere Beobachtung des Krankheitsverlaufs notwendig. Von des Verf. 7 Fällen hatten 3 zu Neubildungen geführt. Er schließt sich an KAPOSI an in seiner Erklärung des Leidens als einer in rapiden Veränderungen der Epithellagen der Haut verbunden mit regster Neubildung und Zerstörung von Papillen, Epithel und Pigment bestehenden Affektion. Therapeutisch glaubt Verf. durch operative Eingriffe Nutzen geschafft zu haben.

Dr. A. JACOBI sagt, das Leiden mache ihm den Eindruck eines kongenitalen Mangels an Bindegewebe und scheine eine Stütze für die COHNHEIMsche Theorie von der embryonalen Geschwulstanlage zu bieten Arsenik und Phosphor dürften vielleicht zur Behandlung desselben zu empfehlen sein.

Zum Beweise von der **Nichtidentität des Ulcus durum und Ulcus molle** führt JAMES P. MARSH M. D. (*N.-Y. Med. Journ.* Apr. 28) folgende Beobachtungen an: Das erstere, der echte Schanker, entsteht als meist einzelnes Geschwür und nur bei vorheriger Kontinuitätstrennung der Oberfläche; es läßt sich nicht beliebig auf andre Körperteile des Patienten überimpfen; es zeigt sich erst nach einer Inkubationszeit von 3—5 Wochen; es heilt leicht, zeigt aber Neigung zum Recidivieren; einmal überstanden, bietet es Immunität gegen eine zweite Infektion; es führt zu nur unbedeutendem Substanzverlust; es ist schmerzhaft; es führt zu Zellwucherung (Induration) und reichlicherer Sekretion; es läßt sich nicht kupieren; es ist keineswegs bloß auf die Genitalien beschränkt. Das weiche Ulcus dagegen (Schankroid) ist öfters multipel; das Gift ist heftiger, ätzender Art, so daß es wohl im stande ist, Kontinuitätstrennungen herbeizuführen; es läßt sich vom Primärgeschwür das Virus auf andre Körperteile des Patienten überimpfen; das Geschwür zeigt sich fast sofort nach stattgehabter Infektion; es heilt langsam aber gründlich; es geht mit lebhafter Zerstörung von Zellen einher; es ist weniger schmerzhaft, sezerniert nicht viel; die Basis

ist infolge des Untergangs von Zellen weich; es läßt sich völlig kupieren; es wird fast nur an den Genitalorganen vorgefunden.

Wahrscheinlich kommt es öfter vor, daß beide Gifte gleichzeitig inokuliert werden, oder sogar, daß das stark ätzende Schankroidgift dem syphilitischen Gifte den Weg bahnt. Wie von ZEISSL nachgewiesen hat, kann ja anderseits ein weicher Schanker auf einem syphilitischen Individuum stets neu erzeugt werden, nicht aber ein Ulcus durum. Ferner ist das Verhalten der beiden Geschwüre gegen Quecksilber ein sehr verschiedenes. Trotzdem kann aber die Diagnose, ob Ulcus durum oder molle, nicht mit absoluter Sicherheit von vornherein gestellt werden.

Zur Behandlung der **merkuriellen Stomatitis** empfiehlt Prof. DE RENZI (Neapel) häufiges Ausspülen der Mundhöhle mit einer Sublimatlösung in der Stärke von 1:4000. Besserung tritt sofort ein; völlige Heilung gewöhnlich innerhalb 5 Tagen. (*N. Y. Med. Journ.* Apr. 28.)

Zur Behandlung von **Warzen** auf der Haut leisten kleine Dosen Arsenik (Liq. Fowl. gtt. 1—3) zweimal täglich gegeben nach P. G. PULLIN (*Bristol Med. Journ.*) sehr gute Dienste. (*N. Y. Med. Journ.* Febr. 18.)

Ein neuer **Atlas der venerischen Krankheiten und Dermatologie** nebst ausführlichem Text von Dr. ROB. W. TAYLOR erscheint demnächst bei LEA Brothers & Co. in Philadelphia.

Prof. ROBERT BARTHOLOW gibt als Rezept für **Mundwasser bei Stomatitis, Caries der Zähne** etc. das folgende an:

Acid. tannic.	7,5
Tr. jod.	5,0
Kal. jodat.	1,25
Tr. myrrh.	5,0
Aq. rosar.	240,0

Es wird morgens zu einem Kinderlöffel auf ein Glas warmes Wasser verwendet.

Zur Behandlung des **Herpes tonsurans capitis** haben Dr. CHARON und GEVAERT (*Journ. de Méd. de Brux.*) die von Dr. REYNOLDS (Chicago) empfohlene Methode des Galvanisierens mit gutem Erfolg angewandt. Es wird der positive Pol mit einer in 3—5 % Sublimatlösung getränkten Elektrode auf die erkrankte Stelle der Haut aufgesetzt und der konstante Strom auf diese Weise während 10—15 Minuten durchgeleitet. (*N. Y. Med. Journ.* Apr. 21.)

Das folgende Rezept soll gegen **Ekzema palpebrarum** sehr wirksam sein (LAILLER):

Acid. acet. cryst. 2,0
Glycerini pur. 50,0
Aq. lauroc. (*dest.*) 200,0
S. täglich einmal aufzupinseln.
(*Journal Am. Med. Ass.* nach *Riforma Med.* März 22.)

Hirtz hat zur Behandlung von **Aphthen** (*Med. News*) folgendes Rezept angegeben:

Tr. Coca 2,0
Aq. dest. 8,0
Natr. salic. 2,0

Es soll damit die Mundhöhle mittels Wattetampon 5—6 mal täglich ausgetupft werden. (*Rev. de Therap.*)

Verneuil empfiehlt (*L'Union médicale*) den **Karbolspray zur Behandlung von Furunkeln und Karbunkeln,** welche nur modifizierte Formen des anatomisch gleichen Leidens sind. (*Med. News.* Febr. 25.)

Felsberg. Philippi.

Verschiedenes.

Quecksilberalbuminat. Die Lösungen dieser Verbindung sind nicht lange haltbar. Infolge dessen versuchten Luebbert und Schneider (*Pharm. Centrh.*) ein trockenes Präparat herzustellen. Es gelang ihnen dies nach dem Verfahren:

Eine filtrierte Eiweifslösung (1 Tl. Eieralbumin): 8 Tle. Wasser wird mit soviel einer 4 proz. Quecksilberchloridlösung unter Umrühren versetzt, dafs auf 100 Tle. Eieralbumin etwas weniger als 36 Tle. Quecksilberchlorid kommen, so dafs das Filtrat mit Quecksilberchlorid noch Fällung gibt. Nach 48stündigem Absetzen wird die überstehende Flüssigkeit abgegossen und der feuchte Niederschlag, ohne ihn auszuwaschen, mit so viel Milchzuckerpulver gemischt, dafs ein fast trockenes Pulver erhalten wird. Dieses fast trockene Pulver wird im Exsikkator über Schwefelsäure völlig getrocknet, zerrieben, mit so viel Milchzuckerpulver innigst verrieben, dafs in der Mischung so viel Quecksilber enthalten ist, als 0,4 % Quecksilberchlorid entspricht. Ausbeute aus 12,0 g Eieralbumin und ungefähr 4,0 g Quecksilberchlorid und 985,0 g Milchzucker ungefähr 1000,0 g des Präparates. Das Auswaschen des Quecksilberalbuminats wird unterlassen, da dasselbe schwer durchführbar ist, Verlust bedingt, und ein kleiner Überschufs Eiweifs nichts schadet. Da geringe Mengen des Quecksilberalbuminats im Wasser löslich sind und bei der Prüfung durch das Abfiltrieren ein kleiner Verlust entsteht, so kann dieser Verlust, wo es auf sehr genaue Feststellung des Quecksilbergehalts ankommt, durch Analyse bestimmt, von dem in Arbeit

genommenen Quecksilberchlorid abgezogen, und das Gesamtgewicht des Präparates hieraus berechnet werden. Bei der Darstellung im grofsen, wo dieser Abgang der ganzen Menge gegenüber verschwindend klein ist, kann auch wohl davon abgesehen werden. (*D.-amerik. Apoth.-Ztg.* 1888. No. 4.)

Besser als Kollodium, weil eine viel stärkere Haut erzeugend, soll **Photoxylin** nach G. M. Beringer sein. Photoxylin bereitet sich B. aus salpetriger Säure 43° Baumé 3½ %, Schwefelsäure 4½ %, Kaliumnitrat ⅔ %, Holzwolle ⅓ %; das Nähere im Original nachzulesen. Die so zubereitete Nitrocellulose ist vollkommen löslich in einer Mischung von Alkohol und Äther. Wahl (Petersburg) empfiehlt 5 %, B. genügen 3 % zur Bildung einer sehr zähen Haut. (*Americ. Journ. Pharm.* — *Pharmac. Post.* 1888. No. 22.)

Zur **Desodorisierung des Jodoforms** empfiehlt Cantrelle (*Bull. gén. de thér.* 1887. Nov.) Menthol und Lavendelöl als das zweifellos beste in der Formel:

Jodoform. pur.	1,0
Menthol.	0,05
Ol. lavend. gutt.	unam.

Der Arzt, um nicht nach J. zu riechen, wasche die Hände in Wasser, dem ein Minimum einer spirituösen Lösung von Lavendelöl zugefügt ist und bestäube damit die Kleider. — Jodoformverband wird durch leichtes Bestäuben mit Lavendelspiritus geruchlos. (*Pharmac. Post.* 1888. No. 22.)

München. Pauly.

Aus der Praxis.

No. 33. **Hindert Vaselin die Resorption des Quecksilbers in Hg-Salben?**

Dr. S. in G.

Antwort der Redaktion. Da alle flüchtigen Medikamente, in irgend einer Salbe inkorporiert, stets resorbiert werden, so ist die Resorption des Quecksilbers aus einer mit Vaselin versetzten Salbe durchaus nicht ausgeschlossen. Allerdings ist es sicher, dafs ein bedeutenderer Zusatz von Vaselin zu einer quecksilberhaltigen Salbe gegenüber einer rein fettigen Salbe oder einer mit Seife gemischten Salbe (Seifensalbe) der Resorption ein gewisses Hindernis bietet. Die Hauptsache wird aber bei einem flüchtigem Medikamente weniger in dem Vehikel, als in denjenigen Umständen liegen, welche die Flüchtigkeit des Medikamentes vermehren oder vermindern, z. B. gröfsere oder geringere Wärme, permeable oder imper-

meable Bedeckung. Sie werden also von einer stark vaselinhaltigen Quecksilbersalbe, welche Sie mit Guttaperchapapier bedecken, eventuell eine gröfsere Resorption zu erwarten haben, als von einer reinen Quecksilber-Fettsalbe, welche Sie lediglich einreiben.

No. 34. Haben Sie **Lupus des Pharynx** ohne gleichzeitige lupöse Erkrankungen der äufseren Bedeckungen gesehen?

Dr. X. Y. in Z.

Antwort der Redaktion. Wir selbst haben noch keinen Lupus des Pharynx gesehen; die bisher beschriebenen Fälle waren, so viel wir wissen, regelmäfsig mit Lupus des Gaumens, der Zunge und des Kehlkopfes kompliziert. Im allgemeinen ist die Diagnose des Schleimhautlupus ohne gleichzeitigen Lupus der äufseren Haut nicht immer leicht zu stellen, um wie viel schwerer also die eines ganz isolierten Lupus des Pharynx. Sollte in diesem Falle nicht auch ein Lupus der äufseren Haut oder der Mund- oder Nasenschleimhaut vorher bestanden haben?

Im übrigen verweisen wir Sie auf die neueste Abhandlung von Breda: *Anatomia del Lupus delle mucose.* (Padua 1888. Stabilimento Prosperini.)

No. 35. Ich leide seit ca. 8 Jahren an kolossaler **Pytiriasis capitis**, alle meine Kleider sind beständig mit Schuppen bedeckt; erprobt habe ich so ziemlich alle Mittel dagegen, Ihre Schwefelsalbe mitgerechnet; alles half mir zeitweise; nach einigen Tagen, sobald mit der Behandlung aufgehört wurde, kam die enorme Abschuppung des Haarbodens wieder zum Vorschein; jetzt wende ich jeden zweiten Tag Hebras Seifenspiritus an, aber lange verträgt mein Haarboden dieses Reizmittel nicht, und ich bekomme einen ekzematösen Ausschlag. Ich bin 29 Jahre alt. Glücklicherweise hat dieses Leiden bis jetzt keinen besonderen Einfluſs auf den Haarwuchs geäufsert, denn obgleich mein Haar dünner geworden, ist es noch immer so ziemlich auf dem ganzen Kopfe erhalten.

Dr. X. Y. in Z.

Antwort der Redaktion. Falls ihre Krankheit eine einfache Pityriasis capitis (Ekzema seborrh. squamosum) ist, was wegen der ekzematösen Umwandlung bei stärkerer Reizung wahrscheinlich, so empfehlen wir Ihnen die einfachen Mittel, welche bei dieser Affektion regelmäfsig helfen, nämlich eine milde Schwefel- oder Resorcinsalbe so anzuwenden, wie sie in allen schlimmen Fällen angewendet werden müssen, nämlich unter der impermeablen Bedeckung einer Wachstaffetkappe. Morgens mufs der Kopf noch stark eingefettet sein und wird dann nur trocken abgerieben, höchstens 2 bis 3 mal wird er in der Woche mit Seifengeist gewaschen.

Versammlungen.

61. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1888 in Köln a. Rhein.

Sektion für Dermatologie und Syphilidologie.

Bisher sind folgende Themata angemeldet worden:

1. Beissel (Aachen): Lungensyphilis.
2. Derselbe: Psoriasis.
3. Buzzi (Hamburg): Demonstration über Keratohyalin und Eleidin.
4. Campana (Genua): Herpes tonsurans mit Demonstrationen mikroskopischer Präparate.
5. v. Düring (Hamburg): Einwirkung des Hg auf die Gewebe.
6. Derselbe: Die diagnostischen Merkmale der Talgdrüsen.
7. Erdhoff (Elberfeld): Zur Frage der Kontagiosität der Alopecia areata.
8. v. Hebra (Wien): Kongenitales diffuses Keratom.
9. Lassar (Berlin): Lupusbehandlung.
10. Mračeк (Wien): Zur pathologischen Anatomie der Syphilis mit Demonstration mikroskopischer Präparate.
11. Petersen (Petersburg): Verbreitung der Lepra in Rufsland.
12. Derselbe: Nomenklatur der Syphilisperioden.
13. Saalfeld (Berlin): Lupusbehandlung.
14. Schuster (Aachen): Merkurvergiftung.
15. Derselbe: Syphilisbehandlung.
16. Unna: Über gewisse Formen annulärer Syphiliden.
17. Derselbe: Demonstration von Kulturen verschiedener Oberhautpilze.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Lustig. *Zwei Fälle von Pferdetyphus geheilt nach Anwendung von Ichthyol.* (Deutsche Zeitschr. f. Tiermed. 1887.)

H. Fournier. *Erythrasma.* (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.)

Gleitsmann. *Traumatic Haematoma of the Larynx.* (The medical Record. 1887. Oktbr. 29.)

— *Hypertrophie of the tonsil of the tongue with history of cases.* (Ebenda. 1887. Dez. 17.)

Druckfehlerberichtigung.

S. 529. Z. 12 v. o. nichtparasitäre statt parasitäre.

S. 541. Z. 5 v. u. O. Rosenthal statt W. Rosenthal.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Lehrbuch der Physiologie

für akademische Vorlesungen und zum Selbstudium.

Begründet von Rud. Wagner, fortgeführt von Otto Funke,
neu herausgegeben von

Dr. A. Gruenhagen,

Professor der Medizin. Physik an der Universität zu Königsberg i. Pr.

Siebente, neu bearbeitete Auflage.

Mit 285 in den Text gedruckten Holzschnitten.

In drei Bänden. gr. 8. *M.* 40.—. Geb. in Halbfranz *M.* 46.—.

Erster Band. **Physiologie des tierischen Stoffwechsels. — Allgemeine Nervenphysiologie.** VII u. 682 S. Mit 71 Holzschn. 1885 *M.* 12.—.

Zweiter Band. **Spezielle Nervenphysiologie.** I. Leistungen der motorischen Nerven. II. Leistungen der sensiblen Nerven. IV u. 662 S. Mit 105 Holzschnitten. 1886. *M.* 12.—.

Dritter Band. **Spezielle Nervenphysiologie.** III. Leistungen der Zentralorgane des Nervensystems. — **Physiologie der Bewegungen — Physiologie der Zeugung.** Mit 64 Holzschnitten. V u. 758 S. 1887. *M.* 16.—

Physiologie der Zeugung.

Von

Dr. **A. Gruenhagen,**

Prof. der Medizin. Physik an der Universität zu Königsberg in Pr.

Sonderabdruck aus des Verfassers ***Lehrbuch der Physiologie.*** *7. Aufl. 3 Bände.*

Mit 43 Holzschnitten. gr. 8. M. 6.—.

Lehrbuch der Arzneimittellehre

und Arzneiverordnungslehre.

Auf Grund der dritten Auflage des Lehrbuchs der Arzneimittellehre
von R. Buchheim
und der Pharmacopoea Germanica. Ed. II.
bearbeitet von

Erich Harnack,

Professor der physiolog. Chemie und Pharmakologie an der Universität Halle a. S.

gr. 8. 17 Mk. Geb. in Halbfranz 19 Mk.

☞ **Preisgekrönt im Dezember 1886 durch die Heimbürger-Stiftung in Dorpat.**

Soeben erschien:

Die Geschichte der Tuberkulose.

Von

Dr. med. **August Predöhl,**

Assistenzarzt am Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg.

gr. 8. XXXI u. 502 Seiten. Mk. 12.—

Ia.

IIa.

Ib.

IIb.

Id.

Ie.

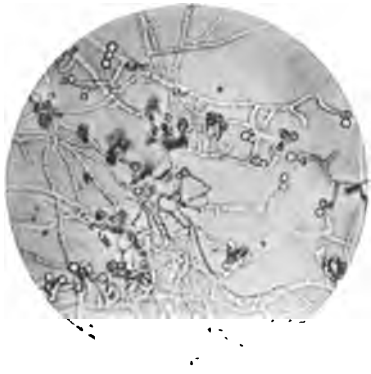
Photogramme des Unna'schen Laboratoriums.

III a.

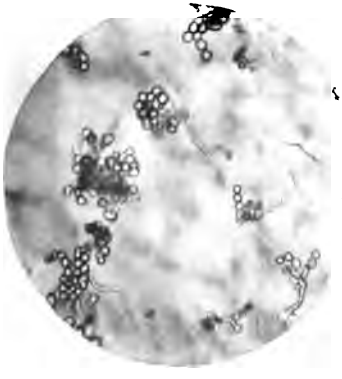
I c.

III b.

III c.



II c.



III d.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 17. 1. September 1888.

Flora dermatologica.[1]

Unter Mitwirkung von H. Gründler und P. Taenzer

herausgegeben von

P. G. Unna.

Mit einer Doppeltafel in Lichtdruck.

I. Abteilung.

Fadenpilze mit Abschnürung von Sporenketten auf unverzweigten oder verzweigten, atypischen Fruchtträgern.

Wir beginnen die Beschreibung der aus Schuppen des Ekzema seborrhoicum gezüchteten Oberhautpilze mit 3 Arten (No. 1, 2, 3), welche unter sich makroskopisch durch ihre Kaffee- oder Schokoladenfarbe zum Verwechseln ähnlich sind. Die nähere Untersuchung ergibt freilich schon mit bloßem Auge wahrzunehmende, bei jahrelanger Weiterimpfung stets gleichbleibende, aber immerhin geringe Unterschiede; dagegen deckt die mikroskopische Untersuchung eine größere Reihe charakteristischer Differenzen auf.

Es ist möglich, daß Botaniker die zunächst zu beschreibenden Arten als zur Gattung Cladosporium gehörig ansehen werden, jedoch haben wir 2 ausschlaggebende Gründe, um dieselben zunächst weder einer schon bekannten Gattung, noch bestimmten bereits beschriebenen Arten unterzuordnen. Denn erstens paßt keine der beschriebenen Cladosporiumarten, noch sonst ein bekannter botanischer Fadenpilz genau auf die unsrigen, und weiter geben die neueren Kulturmethoden so viele feinere Kriterien der

[1] Vergl. hierzu: Unna, Die Züchtung der Oberhautpilze. *Monatshefte f. prakt. Dermat.* 1888. Heft 10. pag. 465.

Unterscheidung an die Hand, daſs wir besser thun, auch in der Beschreibung zunächst unsern eignen Weg zu gehen. Die Folgezeit wird lehren, ob die von uns beschriebenen Pilze mit solchen zu identifizieren sind, die bereits von den Botanikern genau charakterisiert und mit besonderen Namen versehen worden sind.

Da wir es bei allen diesen Arten mit den einfachsten Fadenpilzen überhaupt zu thun haben, auf welche nur mit einem gewissen Zwange die morphologische Nomenklatur der höheren Fadenpilze zu übertragen ist, so werden wir uns der folgenden, einfachen Begriffe bei der Beschreibung bedienen.

Wir unterscheiden, indem wir von der Kultur auf festem Nährboden ausgehen:

1. Bodenhyphen, nämlich solche, welche auf oder nahe der Oberfläche des Nährbodens hinkriechen;

2. Wurzelhyphen, welche wurzelartig in den Nährboden eindringen, und

3. Lufthyphen, welche sich frei von dem Boden der Kultur strauch- oder baumartig erheben. Die letzteren bilden häufig oberhalb des auf dem Boden befindlichen Rasens ein zweites Pilzgeflecht, welches das untere hin und wieder verdeckt.

An den Objektträgerkulturen und überall dort, wo die Flächenausdehnung der Kultur irgendwie beschränkt ist, pflegen sich in der Mitte des Rasens kegelförmige Erhebungen desselben zu bilden, welche gleichsam aus einer Menge Hyphen verschmolzen, die aufstrebenden Stromata der höheren Pilze nachahmen. Ziemlich regelmäſsig finden sich diese Erhebungen, welche wir Zentralkegel nennen wollen, oberhalb solcher Stellen innerhalb der Kultur, wo statt einer einzelnen Spore eine Sporenmasse den Ausgangspunkt des Fadengeflechtes abgegeben hat, was sich durch dunkle Flecke an der Unterseite der Objektträgerkultur zu erkennen gibt.

Die Früchte der hier zu beschreibenden Pilze sind lediglich Luftsporen, d. h. auf frei vom Rasen aufsteigenden Fruchtträgern abgeschnürte Zellen, während andre dermatophytische Pilze neben ihnen oder statt ihrer innerhalb der Bodenhyphen „Mycelsporen“ bilden.

Die Luftsporen bilden sich endständig auf einfachen oder verzweigten Fruchtträgern.

Der Fruchtträger besteht aus einer einzelnen langgestreckten Zelle oder einem mehrfach septierten Schlauch, welcher gewöhnlich breiter ist als die Bodenhyphe, von der er senkrecht oder schräg emporsteigt; indem sein Ende knopfförmig anschwillt, schnürt er die erste Spore ab, welcher andre folgen. Bleiben dieselben längere Zeit im Zusammenhange, so stellt der Fruchtstand eine einfache gestielte Sporenkette dar. Bei Verzweigung der Fruchtträger entspringen die Sporenketten endständig von den Ästen derselben; es ist zweckmäfsig, die letzten Äste der Fruchtträger, welche an ihrem Ende die Sporenketten abschnüren, durch den Namen Sporenträger auszuzeichnen.

Entspringen mehrere Sporenträger von einem Punkte des Fruchtträgers, so resultiert ein quirlständiger Bau der Sporenketten. Wenn der Fruchtträger fortwächst, während an seiner oberen Partie dicht nebeneinander sporentragende Äste entspringen, so entsteht ein handförmiger Fruchtstand, in welchem die ossa metacarpi den Sporenträgern, die Phalangen den abgeschnürten Sporen einigermafsen entsprechen. Durch weitere Verzweigung des Fruchtträgers entstehen in älteren Kulturen noch komplizierter gebaute Fruchtstände.

Um die feineren mikroskopischen Unterschiede dieser nahe stehenden Pilzarten scharf wiederzugeben, ist die Photographie der frischen Kulturen durchaus notwendig. Indem bei allen ähnlichen Präparaten der verschiedenen Pilze dieselbe Vergröfserung, d. h. dieselben Linsen und die gleiche Ausziehung der photographischen Kammer benutzt wurde, dienen die Photogramme nicht nur zur Vergleichung der Formen, sondern auch der absoluten Gröfsenverhältnisse. Die ersten 3 Figuren I^a, II^a, III^a, wurden mit Zeiss A, gewöhnlichem Okular 2 und ausgezogenem Tubus, alle übrigen mit Zeiss D, apochromatischem Okular 4 und 19 cm Tubuslänge aufgenommen. Die erste Vergröfserung ist eine 67fache, die letztere eine 200fache. Die genaue Bestimmung dieser Gröfsen wurde gewonnen durch Vergleichen eines Objektivmikrometers mit 2 Photogrammen desselben, welche genau bei denselben Vergröfserungen hergestellt waren.

Auf der ersten Tafel haben wir unter Figg. I^a, II^a, III^a nebeneinander die verschiedenen sehr charakteristischen Bilder der Zentralkegel aller drei Pilze aus älteren Lochkulturen gegeben. I bildet die derbsten, runkelrübenartig verzweigten und ziemlich isolierten Erhebungen. Die Zentralkegel von II sind schmächtiger, die von ihnen entspringenden Fruchtstände dagegen bereits bei schwacher Vergrößerung viel deutlicher; an älteren Kulturen wachsen diese Zentralkegel büschelförmig aus.

Die Zentralkegel von III sind am zartesten und von vornherein durch vielfache Verzweigungen buschförmig gestaltet.

Die Figuren I^b, II^b, III^b stellen nebeneinander die Auskeimung der drei Pilze dar. Die Gesichtsfelder von I^b und II^b sind von dem aus je einer Spore hervorgegangenen Hyphengeflecht bedeckt. Man sieht auf den ersten Blick, daß *sich I* durch gerade, sparrig verzweigte, II durch vielfach geschlängelte, unregelmäßig verästelte Hyphen charakterisiert. III^b *zeigt* vier Aussaatpunkte. Die Form und Verzweigung der Hyphen nimmt man jedoch besser auf den sich anschließenden Bildern III^c und III^d wahr. Die Fäden verlaufen hier wieder mehr gestreckt und senkrecht verzweigt wie bei I.

I^c stellt die Fruchtbildungen von I dar; man sieht die kurzseptierten Fruchtträger zum Teil im Beginne der Verzweigung. Ein weiteres Stadium stellen die unter sich gleichen, *nur* zum Zwecke körperlichen Eindrucks stereoskopisch (unter Verschiebung des Objektes) aufgenommenen Figg. I^d und I^e *dar*. Man kann dieselben an jedem Stereoskop, besonders wenn die Bildfläche desselben verschiebbar eingerichtet ist, leicht zur Deckung bringen. Rechts am Rande des Bildes sieht man neben zwei sporentragenden Fruchtträgern einen jüngeren, noch kegelförmig zugespitzten. Links unten am Rande ist ein quirlförmiger Fruchtstand zu sehen.

II^c gibt einen Begriff von dem mächtigeren Fruchtstande dieses Pilzes, welcher durch seine viel längeren und reichlich verzweigten Fruchtträger und die bedeutendere Größe der Sporen sich von I und II leicht unterscheiden läßt.

III^c und III^d erläutern den Fruchtstand unsers *dritten* Pilzes, welcher durch seine mäßige Höhe und das kleinere

Kaliber der Sporen sich mehr an I, durch reichlichere Verzweigung mehr an II anschliefst, aber von beiden noch durch die Unregelmäfsigkeit seiner Frucht- und Sporenträger unterschieden ist. Besonders III^{d} zeigt eine Auswahl charakteristischer hand- und quirlförmiger Fruchtstände.

Wir wollen schliefslich nicht unterlassen darauf hinzuweisen, dafs diese Differenzen der drei Pilze sich bei jahrelanger Züchtung auf demselben Nährboden erhalten haben. Wir bezeichnen den ersten mit

No. 1.

Dieser Pilz ist identisch mit demjenigen, welcher bereits vor 2 Jahren von Beissel (Zur Ätiologie der Psoriasis. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1886. pag. 385) beschrieben und für das Langsche Epidermitophyton gehalten wurde.

Makroskopische Beschreibung.

Reagierglaskulturen.

a. Gelatine.

Im Reagenzglase bildet sich ein gelblich-weifser, an der Unterseite glatter, an der Oberfläche sandiger Rasen, letzterer wird allmählich bräunlich bis schokoladebraun gefärbt. Bei ganz alten Kulturen bedeckt sich die braune Fläche noch mit einem weifsen Luftmycel. Das Wachstum an der Oberfläche ist ein unbeschränktes, im Stiche gleich Null. Die Gelatine wird sehr bald verflüssigt unter sherrybrauner Verfärbung.

b. Agar.

Hier findet ebenfalls ein unbeschränktes, doch wesentlich rascheres Oberflächenwachstum des Rasens statt, welcher sich wegen rascherer Fruchtbildung sehr bald schokoladenbraun verfärbt. Aufserdem wird der Agar ziemlich tief von Wurzelhyphen durchwachsen.

Objektträgerkultur (Gelatine).

Von oben betrachtet hat sie das Aussehen einer kreisförmigen schokoladefarbigen, sandigen Masse, die von konzentrischen Kreisen eines gelbbräunlichen, lockeren Staubes umgeben ist. Von der Seite gesehen erhebt sich die Kultur nach dem Zentrum zu kegelförmig über den Nährboden.

Lochkultur (Gelatine, Agar $\overline{aa}$).

Es erheben sich nach der Mitte zu 1 mm hohe Zentralkegel von der Farbe des Rasens, welche an der Spitze in feine Härchen auslaufen.

Mikroskopische Beschreibung.

a. Hyphen.

Von gelblich-weifser Farbe, 3—4 μ breit, spärlich septiert, dagegen reichlich verzweigt. Die Äste verlaufen gestreckt und gehen meist senkrecht ab (sparrige Verzweigung). Es wechseln schwach lichtbrechende mit stark lichtbrechenden Teilstücken, letztere finden sich besonders da, wo junge Zweige abgehen (I^b).

b. Fruchtträger.

Erhebt sich senkrecht von der Hyphe als ein einfacher oder aus mehreren kleineren Zellen zusammengesetzter (septierter) Schlauch, welcher bis 20 μ lang, zuerst zugespitzt (I^d), später kugelig angeschwollen endigt und stets dicker ist, als die Hyphe, von der er entspringt. In älteren Kulturen bilden diese Fruchtträger häufig Seitenzweige, welche aus kleinen Seitenknospen der sie zusammensetzenden Zellen entstehen (I^c). Wo mehrere Äste vom selbem Punkte abgehen, ist der Fruchtträger am Ende kondylenartig angeschwollen und trägt für jeden Sporenträger eine pfannenartige Abflachung. Alle Endäste sind befähigt Sporenketten zu bilden. Die Fruchtträger sind weifs-gelblich.

c. Sporen.

Die Spore ist vom Fruchtträger durch eine starke Einschnürung getrennt. Bei wachsenden Sporenketten vermittelt die jüngste Spore, welche schmäler und länglicher gestaltet ist als die älteren, den Übergang zum Fruchtträger. Sie charakterisiert sich aber als Spore durch ihre stark lichtbrechende, bereits bräunlich gefärbte Membran. Die Sporenketten enthalten 12 und mehr Einzelsporen, welche mittels einer feinen halsartigen Einschnürung aneinander stofsen. Dadurch erhält die ältere Spore isoliert ein zitronenförmiges Aussehen. Ihre Form ist länglich mit ein oder zwei warzenförmigen Polen. Der Gröfsendurchmesser schwankt zwischen 4 und 7 μ.

No. 2.

Makroskopische Beschreibung.

Reagierglaskulturen.

a. Gelatine.

Dieselbe ist kaum von der entsprechenden Gelatinekultur des Oberhautpilzes I zu unterscheiden.

b. Agar.

Dagegen unterscheiden sich die Agarkulturen:

1. darin, daſs das Wachstum im Striche bei II ein beschränkteres ist, als bei I. Auch die ältesten Kulturen von II reichen nicht überall bis zum Rande des Glases, und die braune Sporenmasse bedeckt die weiſsen Hyphenrasen nicht kontinuierlich.
2. wachsen die Wurzelhyphen von II nur wenig weit in den Agar hinein.
3. ist die Farbe der Früchte von II noch dunkler, wie bei I, schwärzlich braun an älteren Kulturen.
4. ist der braune Rasen lockerer und erreicht eine gröſsere Höhe wie bei I.

Objektträgerkultur (Gelatine).

Fast genau wie bei I.

Lochkultur (Gelatine und Agar $\overline{aa}$).

Die Zentralkegel sind schlanker, stehen dagegen mehr gruppenweise und sind später büschelförmig verzweigt.

Mikroskopische Beschreibung.

a. Hyphen.

Von gelblich-weiſser Farbe, 2—4 μ breit, spärlich septiert, reichlich verzweigt; durch ihren stark geschlängelten Verlauf von I leicht unterscheidbar (II^b).

b. Fruchtträger.

Die Fruchtträger sind sehr verschieden (30—150 μ), also im allgemeinen viel länger, als die Fruchtträger von I, wodurch die gröſsere Höhe des Rasens von II bedingt wird. Sie sind im unteren Teile wenig oder gar nicht verzweigt, jedoch gegen

das Ende hin mehrfach gabelig geteilt. Der Fruchtträger oder seine Äste tragen quirlförmig oder handförmig abgehende, kurze Sporenträger, welche sämtlich Sporenketten nach vorheriger, kolbiger Anschwellung des Endes abschnüren (II c).

c. Sporen.

Dieselben sind gröfser wie bei I, durchschnittlich 6—9 μ; ihre Gestalt ist gewöhnlich eiförmig, an den Polen abgeplattet oder zitzenförmig ausgezogen (zitronenförmig); die Farbe ist bräunlich-gelb. Sie bleiben meistens zu langen Sporenketten vereinigt. Häufig findet man, dafs die Sporenträger anstatt Sporenketten abzuschnüren, zu grofsen keulen- oder melonenartigen Gebilden anschwellen (ungünstige Nahrungsbedingungen?).

No. 3.

Makroskopische Beschreibung.

Reagierglaskultur.

a. Gelatine.

Kaum von I und II zu unterscheiden.

b. Agar.

Gelblicher, später tief dunkelbraun, kaffeesatzartiger Rasen, welcher, wie I, den ganzen Nährboden bedeckt und schliefslich von einem schneeweifsen, hohen, wolligen Luftmycel überlagert wird. Die Wurzelhyphen wachsen, wie bei I, tief in den Agar hinein. Die Agarkultur von III unterscheidet sich von der entsprechenden von I nur dadurch, dafs die Farbe der Früchte eine noch gesättigtere schwarzbraune, dafs die Oberfläche des Rasens mehr grobkörnig und krümelig ist und dafs derselbe rascher von einem massigen Luftmycel überwuchert wird.

Objektträgerkultur (Gelatine).

Weifs-gelblicher, ungleichmäfsig ausstrahlender, die Gelatine durchsetzender Rasen, welcher sich langsam mit trockenem, braunen Staube vollständig überzieht. Die Zentralkegel erheben sich ebenso, wie in der

Lochkultur (Gelatine und Agar $\overline{aa}$) voneinander isoliert,

doch gruppenweise, sind viel feiner, wie bei I und II und von Anfang an reichlicher, buschförmig verzweigt.

Mikroskopische Beschreibung.

a. Hyphen.

3—4 μ breit; weifs-gelblich; gestreckt verlaufend, wie bei I; spärlich septiert; reichlich, sehr unregelmäfsig verzweigt.

b. Fruchtträger.

Sehr verschieden lang, meistens länger wie bei I, doch nie die Dimensionen, wie bei II erreichend. Auch hier ist die Verästelung quirlförmig oder handförmig (siehe III^{d}), aber stets unregelmäfsiger und vielgestaltiger als bei I (III^{c}). Alle Sporenträger tragen Sporenketten.

c. Sporen.

Sehr ähnlich denen von I, 4—7 μ im Durchmesser, gelbbräunlich, meist zu Sporenketten vereinigt, welche aber gewöhnlich weniger lang sind, als bei II. Die Form derselben eiförmig oder zitronenförmig, wie bei I und II.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Lehre vom Lichen ruber.

Von

Dr. S. Róna,
ordinierender Primararzt in Budapest.

(Fortsetzung.)

Sie unterscheidet sich vom Lichen ruber: 1. dadurch, dafs hier, selbst beim Lichen ruber acuminatus nicht, die Primäreffloreszenzen nicht durch Haare durchbohrt sind; 2. bei Lichen ruber bilden sich selbst die frischen Knötchen nicht nach Bädern zurück; 3. beginnt der Lichen ruber nicht mit Psoriaris palmaris und Pityriasis rubra, um erst dann mit einer Knötcheneruption zu enden, sondern im Gegenteil, die Knötcheneruption

ist die erste Erscheinung, und zwar an den Beugeflächen der Extremitäten, und nachher kommt erst Desquamation, Plaquesbildung, Verallgemeinerung und wahre Pityriasis rubra consecutiva.

Gemeinschaftlich haben sie beide: 1. die Knötchennatur der Effloreszenzen; 2. den chronischen Verlauf und die Renitenz gegen Behandlung; 3. beide führen zu Verdickungen der Haut; 4. beide jucken gewöhnlich nur mäfsig,

Für was soll der Dermataloge von heute diese Krankheit halten? Soll vielleicht DEVERGIE in der Pityriasis pilaris den Lichen ruber, dessen er nirgends gedenkt, schlecht beschrieben haben?

Nach dem bisher Vorliegenden können wir noch mit unserem Urteil warten.

RAYER, dessen einen diesbezüglichen Fall DEVERGIE citiert, hielt sie für eine Psoriasis pilaris. Existiert eine Psoriasis, welche sich nur an die Haarfollikel bindet? Nirgends finden wir eine derartige Psoriasis beschrieben, und DEVERGIE selbst leugnet einen Zusammenhang zwischen beiden Krankheitsformen. Nur zufällig kommen sowohl bei der Psoriasis als bei Lichen planus braunrote Knötchen von verschieden grofser Anzahl um die Haarfollikel vor.

HARDY [58] glaubt, was das Wesen der Pityriasis pilaris anbelangt, könnte auch Lichen pilaris so genannt werden. Sollte sie also ein excessiver Lichen pilaris sein? Aber DEVERGIE beschreibt ja andern Orts letzteren sehr gründlich, und wo ist bei Lichen pilaris eine Psoriasis palmaris oder eine Pityriasis rubra?

ALFRED RICHAUD (1877) [49] befafst sich einzig eingehend mit dieser Krankheit, und bei ihm finden wir, dafs BAZIN, CORNIL, RANVIER, RENAUT diese nach ihren mikroskopischen Untersuchungen für eine Ichthyosis pilaris halten. Aber ist sie eine Ichthyosis pilaris, eine Krankheit, die angeboren, in den ersten Lebensjahren schon in der besten Entwickelung sein sollte, während die in Rede stehende Krankheitsform nur bei Erwachsenen beobachtet wurde? Wer hat je eine Ichthyosis mit roten, knötchenartigen Erhebungen der Stirne gesehen, mit gleichzeitiger Ver-

dickung und Röte und Desquamation der Handteller und Fufssohlen?

Es kann nicht meine Aufgabe sein, hier auch RICHAUDS Fälle anzuführen, aber bemerken mufs ich, dafs nicht alle der DEVERGIEschen Beschreibung entsprechen, dafs sehr viele von ihr wesentlich verschieden sind.

RICHAUD nimmt gegenüber HARDY und DEVERGIE an, dafs die Psoriasis palmaris, die Pityriasis rubra, die Degeneration der Nägel und die Seborrhoea (denn er beschreibt auch die 2 letzteren) bei der Pityriasis pilaris nicht koinzidieren und nicht präzedieren, sondern ganz und gar ihrem Bilde angehören. Er glaubt ferner, dafs die in Rede stehende Krankheit kein Lichen pilaris ist, weil nirgends Knötchen (!) oder hypertropische Papillen vorkommen, sondern, dafs sie die Gesamterkrankung des ganzen Epidermissystems (also der Haare, Nägel), eine aktive Desquamation desselben darstellt. Wir haben gesehen, dafs RICHAUD mit den übrigen Autoren in mehreren Punkten nicht einig ist und zwar: 1. Obwohl DEVERGIE und HARDY die Psoriasis palmaris und Pityriasis rubra nur präzedieren oder koinzidieren lassen, hält RICHAUD selbe für wichtige Symptome der Krankheit selbst.

2. Obwohl DEVERGIE von Knötchen (s. die Krankengeschichten) spricht, obwohl R. selbst als Beleg FOX citiert, der doch ausdrücklich die blafsroten Knötchen erwähnt; obwohl R.s eigne Schilderung des Falles VII. (Fall von BESNIER) geradezu den lichenoiden Charakter hervorhebt, stellt er doch als Charakristikum der Pityriasis pilaris das Vorhandensein der Knötchen in Abrede!! Durch diese schiefe Beleuchtung älterer Daten hat RICHAUD es unmöglich gemacht, uns in dieser Krankheit zu orientieren. Für was sollen wir nach all dem die Pityriasis pilaris halten? Sollte sie wirklich ein Lichen ruber acuminatus sein, für was sie LUSTGARTEN hielt?

Ich mufs offen gestehen, dafs ich nach der ersten Lektüre DEVERGIES die Pityriasis pilaris für einen Lichen ruber hielt, und ich habe auch dieser meiner Auffassung unlängst [85] Ausdruck verliehen, als ich meinen III. Fall — der doch der Pityriasis pilaris DEVERGIE in einigen Stücken gleicht —

hypothetisch mit dem Namen Lichen ruber acuminatus veröffentlichte. Aber in diesem Falle war weder eine Psoriasis palmaris noch eine Pit. rubra vorangegangen, aber auch Schuppen bedeckten nur einzelne Knötchen. Ich kann mich auch heute nicht entschliefsen, eine feste Diagnose aufzustellen und lasse die ganze Frage dahingestellt; denn ich glaube, dafs die Aufgabe einer kritischen Übersicht nicht ein grübelndes, ein pfiffig erkünsteltes Verdrehen der Thatsachen sein darf.

Die übrigen 13 von mir beobachteten Fälle waren plan. [85]

Fall XIV. Man findet hier die kleinsten primären glitzernden, punktförmig gedellten Effloreszenzen; man findet hier gröfsere linsen- bis erbsengrofse Knoten, die ganz und gar andre Form, Gestalt und Farbe, also andre Charaktere haben als die primären Effloreszenzen, und endlich findet man hier Erscheinungen, die wieder mit den letzteren nichts zu thun zu haben scheinen und von den Franzosen als L. corné bezeichnet werden. Und doch sind die 2 letzteren Erscheinungen die gradatim aus den primären Knötchen sich entwickelnden Gebilde! Solche Fälle haben schon Neumann, Hèguy, Schadek, Weyl und Lavergne als Lichen planus beschrieben.

Höchst interessant war der Umstand, dafs die Nägel schon seit Jahren krank waren, und so gesellt sich dieser Fall zu jenen Weyls, von denen er die Erkrankung der Nägel als vorangehend annimmt. Wir müssen, von dieser einzigen Krankengeschichte ausgehend, die Einteilung Lavergnes verwerfen und uns auf Fälle beziehen.

Fall XIII. Die Entwickelung des ganzen Bildes ereignete sich in 4—5 Monaten. Im November 1886 war ein kleines Knötchen vorhanden, aus welchem sich während eines Monats eine ebenso grofse Plaque herausbildete. Im Dezember bemerkte Patient an der linken Brusthälfte eine linsengrofse Plaque. Von Mitte Januar bis Mitte Februar 1887 wurde der ganze Körper mit kleinen roten Knötchen besäet. Höchst wahrscheinlich bestanden kleinste gelbliche Knötchen in gröfserer Zahl schon vor Januar, nur entdeckte sie Patient erst später, als Jucken ihn darauf aufmerksam machte. Hier sehen wir Übergänge von den primären Knötchen in gröfsere durch Zusammensetzung mehrerer

— hier sehen wir auch, wie rasch sich diese Plaques in gröfserer Zahl bilden; wenn einmal die allgemeine Eruption stattfand, wie sich diese Plaques vergröfsern: 1. durch Auftreten primärer Knötchen am Rande; 2. durch sichtbares Fortschreiten der Plaque selbst, ohne merkliche Knötchenbildung. Die erste Plaqueform wird leicht zur „perlenumrahmten Gemme", die zweite zur massigen hypertrophischen Plaque mit psoriasisartigen Schuppenanhäufungen. Als letzte Umwandlungsform kann die mit hornigen Gebilden bekleidete, sehr hypertrophische, nicht schuppende Plaque angesehen werden. Auch spitze Knötchen findet man hier einzelnen Haarfollikeln entsprechend; diese sind hier konsekutive Zustände — solche findet man oft in Begleitung ausgebreiteter Psoriasis vulg. und Lichen syphiliticus, auch chronischer Ekzeme. Sie gehören nicht allein dem Lichen ruber an; sie sind mit Haarstümmelchen, Epidermispfröpfchen versehen.

Fall XII. Auch in diesem, wie im Falle XIV, war der Stamm fast ganz frei. Auch hier, wie dort, waren die gröfsten Veränderungen an den Füfsen und Unterschenkeln zu sehen, und auch hier, wie dort, waren die Hautvenen erweitert, welche aber nur teilweise die Plaquebildung begünstigten.

Dieser Fall könnte auch beweisen, dafs Lichen planus ein ätiologisches Moment für Unterschenkelgeschwüre abgeben kann.

Fall XI. Merkwürdig und bisher nur bei BULKLEY verzeichnet ist das primäre Auftreten des Lichen planus, und zwar als umschriebene Plaqueform nur an der glans penis. Auch die gleichzeitige Miterkrankung der Schleimhaut ist beachtenswert.

Die Farbe der Plaque am Penis differiert von der der primären Knötchen, ist aber vollkommen gleich mit einzelnen Umwandlungsgebilden.

Fall X. Hier sieht man die Umwandlung der planen Knötchen in runde. Die vorher schuppenlosen Knötchen sind jetzt mit Schuppen bedeckt. Diese Umwandlung hat schon WEYL betont und ist bei Lichen planus ein gewöhnliches Vorkommnis, und zwar ob nach oder ohne Behandlung. Je allgemeiner die Knötcheneruption ist, desto gröfser ist die Zahl dieser rundlichen mit Schuppen bedeckten Knötchen. Die darüber gleitende Hand verspürt eine aufserordentliche Rauhigkeit, weil das Knötchen

und das Schüppchen ziemlich hart sind. Viele Knötchen bleiben in diesem Stadium sehr lange bestehen und blättern sich fortwährend ab; andre, indem sich ihnen neue hinzugesellen, sinken ein, werden niedriger und zeigen eine zentrale Vertiefung (zentrale Atrophie), welche sehr oft, aber nicht immer einer Follikelausmündung entspricht. Diese durch Atrophie des zentralen Teiles entstandene Delle möchte ich sekundäre oder atrophische nennen und nicht mit den durch Follikelausmündungen gekennzeichneten winzigen Vertiefungen der kleinsten, gar nicht schuppenden, kaum sichtbaren Knötchen gleichstellen. Diese möchte ich primäre Delle nennen. Sehr oft — wie bemerkt — entstehen die sekundären Vertiefungen an Stellen primärer Dellen, aber nicht immer. Bei der primären Delle kann von einer zentralen Atrophie noch keine Rede sein (s. meine mikroskopischen Befunde [85]). Diese verdanken ihren Ursprung einer zufälligen oberflächlichen Infiltration in der Umgebung einer Follikelmündung oder Ausmündungsstelle der Schweifsdrüse; diese Öffnungen kommen dadurch, dafs die massive und — sagen wir chronische Exsudation die ganze Epidermis auf kleinsten Strecken emporhebt, speziell aber die Hornschicht ausglättet, besser zum Vorschein. Die sekundäre Delle ist immer gröfser als die primäre, welch letztere sich nur dann vergröfsert, wenn die zentrale Atrophie eben dieser Vertiefung entspricht.

Bemerkenswert ist in diesem Falle, dafs trotz der mehrmonatlichen Dauer weder massige Knoten noch Plaques sich entwickelt haben, und dafs die Eruption an den Extremitäten zuletzt aufgetreten war.

Fall IX. Dieser Fall ist der interessanteste meiner Fälle. Die vesico-bullöse Eruption, also eine allgemeine pemphigoide Erkrankung der Haut, ist nur in einem Falle bei Kaposi (*Lehrbuch.* 1887) erwähnt, denn bei Unna und Lavergne sahen wir nur einzelne Blasen. Ich messe dieser Komplikation keine besondere Wichtigkeit bei, weil ich derartige und zwar allgemeine pemphigoide Erkrankung einmal bei einem Psoriatiker und einmal bei einem Prurigo-Kranken gesehen habe. (Nicht zu verwechseln mit Pemphigus pruriginosus.) Wahrscheinlich ist es,

dafs unser Patient schon vor diesem Blasenausschlag seinen Lichen planus gehabt.[1]

Bei diesem Kranken sahen wie die grofsen flächenhaften, sepiabraunen, chagrinartigen Infiltrationen der Haut, wo nur in der Umgebung separierte Knötchen zu sehen sind, und welche, wie ich glaube, entweder so entstehen, dafs es stellenweise zu rascher Eruption infolge des Druckes, Reibens (Nacken, Kreuz, Leistengegend, Achselhöhle, Kniekehle) kommt, oder dafs auf halbgeteilten Stellen eine neuere schubweise Exsudation in der präformierten Gestalt stattfindet. Überall dort, wo chronische Hyperämie, also auch in der Umgebung einzelner Plaques, gröfsere Flecke entstehen, kommen keine Knötchen zu stande, weil das Terrain schon verändert ist; es kann hier nur mehr von Vergröfserung, Verdickung der veränderten Schichten die Rede sein. Dafs dies der Fall, sehen wir überall, wo Plaques mit hyperämierter Umgebung vorkommen. In der nächsten Umgebung kommen Knötchen nur dort vor, wo die Plaque sehr abgegrenzt und die Nachbarschaft ganz normal ist; hingegen etwas entfernter von jedwelcher Plaque kann man schon sehr schöne primäre Knötchen finden.

In diesem Falle finden wir, wie fast bei jedem Lichenkranken, Pigmentflecke, und nebst den kleinsten Knötchen gröfsere Knoten und Plaques mit schiefergrauer Farbe, unregelmäfsig geformten Rändern, oder figuriert auch geschlängelt, wie bei Syphilis und Psoriasis vulgaris. Sowohl die Tellerformen als gyraten Efflorescenzen entstanden sichtbar durch Berührung und Umwandlung einzelner kleinerer Plaques. So müssen wir die gröfseren zierlichen Formen alle erklären, denn das Wachstum in die Peripherie einer Plaque, wie aus obigen schon hervorgeht, ist sehr beschränkt.

Bei diesem Kranken war schon ein ziemlicher Grad von Marasmus vorhanden.

Fall VIII. Auch in diesem Falle sticht die Polymorphie ins Auge. Die von mir als artifizielle Folliculitis bezeichnete Eruption kann trotz der Ähnlichkeit mit Boecks Lichen ruber acuminatus nicht für einen solchen aufgefafst werden. Aufser bei

[1] Im Monat Dezember 1887 machte obiger Patient einen zweiten Anfall von Erythema bullosum durch, welcher eine Woche dauerte.

ihm habe ich nirgends so den Lichen ruber acuminatus beschrieben gesehen, nirgends ist sonst von herausstehenden Lanugohärchen die Rede. Ich war nicht berechtigt, eine zufällig auftretende, ursächlich auf ganz andre Momente zurückführbare Knötcheneruption deshalb als Lichen ruber acuminatus aufzufassen, weil selbe mit spitzigen Knötchen einherging. Ich müfste dann manche Fälle von Miliaria rubra, welche eine Zeitlang bestehend sich mit feinen Schüppchen bedeckt, manche Fälle von hartnäckigem papulösen Ekzem nach Abtrocknen und Abschilfern für leichtere Fälle des Lichen ruber acuminatus annehmen.

Fall VII und VI waren Fälle von einfachem Lichen planus ohne störende Umwandlungsformen. Wir sehen auch in diesen Fällen, dafs die von UNNA angegebene obtuse Form nicht selten ist, aber immer aus den winzigen, sehr flachen polygonalen Primäreffloreszenzen hervorgeht.

Fall V war ein Lichen planus mit sehr vielen obtusen Papeln und wenigen fünfpfenniggrofsen broscheartigen Effloreszenzen. In den Handtellern waren frische Licheneffloreszenzen, aber schon im Stadium der Abschuppung.

Fall IV war ein Lichen planus circumscriptus mit ziemlich chronischem Verlauf. Einzelne Scheiben zeigten die Charakteristica des Lichen corné, erweiterte Venen an den Unterschenkeln.

Fall II. Die hier vorkommenden spitzen Knötchen mufs ich, wie schon des öfteren gesagt, als Umwandlungsgebilde der kleinsten planen Knötchen ansehen und auch hier von einem gemischten Lichen absehen, denn als ich diesen Fall sah und die veröffentlichten Daten schrieb, hatte ich einen in Involution begriffenen Lichen planus vor mir. So kam es denn, dafs einzelne um Follikelmündungen etablierte Knötchen abgerundet, ja kegelförmig zugespitzt und mit Schuppen bedeckt vorgefunden wurden. Dafs dies so herging, konnte ich mich während des weiteren Verlaufes überzeugen. Nämlich, diese schuppigen akuminaten Knötchen schälten sich fortwährend ab und wurden zu infiltrierten braunroten Flecken wie die übrigen. Auch einzelne neue traten auf, aber diese waren „etwas konisch zugespitzt, schuppenlos“ und bedeckten sich erst später mit Schuppen.

Die Handteller zeigten auch hier sich abschälende Flecke.

Fall I stellt einen sehr veralteten Fall von Lichen planus vor. Patient ist von sehr beschränktem Geist, man durfte seinen Angaben keinen Glauben schenken 20 Jahre hindurch hat seine Krankheit sicher nicht gedauert. Trotzdem sich keine Lichen corné- Platten ausgebildet haben und trotzdem seine ganze Haut diffus infiltriert war, halte ich auch diesen Fall für einen Lichen planus. Die separierten Knötchen, die noch an Stellen wahrzunehmen waren, waren schon umgewandelte, nicht glänzende, braunrote bis livide, rundliche, meist wie bei allen allgemeinen Fällen mit Schuppen bedeckte, hirsekorngroſse oder gröſsere Knötchen.

Haare und Nägel waren mit erkrankt; der Kranke war abgemagert, aber Marasmus stellte sich nicht ein.

(Schluſs folgt.)

Die Fortschritte der Hautanatomie in den letzten 5 Jahren.

Von

P. G. Unna.

II.

Die Struktur der unverhornten Oberhautzellen.

A. Die fibrillare Struktur der Stachelzellen und ihre Verbindungsbrücken.

Ranvier hatte bekanntlich 1879 bereits (Nouvelles recherches sur le mode d'union des cellules du corps muqueux de Malpighi. *Comptes rudus.* 20. Oktober 1879) den Satz aufgestellt, daſs die sog. Stacheln Max Schultzes als solche nicht existieren, sondern nur die zerbrochenen Hälften protoplasmatischer Verbindungsfäden darstellen. In situ bildeten vermöge dieser Verbindung die Stachelzellen ein Kontinuum. Zweitens hatte Ranvier behauptet, daſs jene kleine, mittlere Anschwellung der Verbindungs-

fäden nicht etwa, wie Bizzozero[1] glaubte, die Verlötungsstelle zweier sich entgegenkommender Stacheln, sondern vielmehr ein elastisches Knötchen sei, welches die Entfernung der Stachelzellen ohne Trennung des Zusammenhangs innerhalb gewisser Grenzen erlaube. Ranvier stützte sich dabei auf die Wahrnehmung, dafs diese Anschwellung nur an den gewöhnlichen kurzen Verbindungsbrücken zu finden sei, nicht aber an jenen langen, welche entfernte Zellen häufig miteinander verbinden.

Drei Jahre später in einer weiteren Mitteilung an die Akademie (*Sur la structure des cellules du corps muqueux de Malpighi.* 26. Dezember 1882) nimmt nun Ranvier dieses Thema wieder auf. Hautstückchen mit dicker Hornschicht bleiben 2 bis 3 Monate in 2 % doppeltchromsaurem Ammoniak und werden dann in Gummi und Alkohol gehärtet. Die sehr feinen Schnitte werden 24 Stunden in Wasser vom Gummi befreit und mittels Purpurin oder Hämatoxylin gefärbt. Zu letzterer Färbung benutzt Ranvier den Niederschlag, welcher sich aus der Böhmerschen Hämatoxylinlösung nach einigen Wochen absetzt, indem er ihn in 1 % Alaunlösung wieder auflöst. Die Kerne erscheinen nach 24stündigem Verweilen in dieser Flotte hellviolett, die Eleidinkörner dunkelviolett, die Verbindungsfäden ungefärbt aber schärfer hervortretend. Zugleich sieht man in den Zellen sehr feine Fäden verlaufen, welche um den Kern herum sich kreuzen und ein enges Maschenwerk bilden. Diese Fäden gehen in die Verbindungsbrücken über. Da sie aber nur den halben Durchmesser wie diese besitzen, nimmt Ranvier an, dafs sie bei ihrer Passage von einer Zelle zur andren einen Mantel von der interfibrillären Zellsubstanz mitnehmen. Ranvier identifiziert diese Fäden mit den von früheren Histologen (Kupffer, Flemming) gefundenen fädigen Bestandteilen des Zellenleibes, acceptiert aber nicht die Ausdrücke von Kupffer, welcher unter „Protoplasma" nur noch die Fäden, unter „Paraplasma" dagegen die intermediäre, formlose Zellsubstanz versteht, da der Max Schultzesche Begriff des Protoplasmas nicht auf die stabilen Gebilde der

[1] G. Bizzozero, Sulla struttura degli Epiteli pavimentosi stratificati. *Rend. Real. Inst. Lombard.* Serie II. Vol. III. Fasc. XVI. 1870; ref. von Boll im *Centralbl. f. d. m. Wiss.* 1871. pag. 482.

Fäden passe. Diese Fäden gehen nach RANVIER aus einer Epithelzelle durch die Verbindungsfäden in die andre über, ohne dafs man heute schon ihr Ende bestimmen kann. Sie sind nicht protoplasmatisch, sondern durchsetzen das Protoplasma und dienen dem Epithelgewebe vielleicht als eine Art Stützgewebe (. . . une signification fonctionelle, spéciale, relative, par exemple, à la solidité du revêtement épithélial). RANVIER vergleicht diese Fasern histologisch und entwickelungsgeschichtlich mit den Fasern, welche die Nervenzellen (REMAK, M. SCHULTZE) und die Neurogliazellen (RANVIER) kontinuierlich durchsetzen. —

Eine direkte Fortsetzung dieser RANVIERschen Arbeit sehen wir in der 1886 erschienenen Abhandlung von J. R. CAJAL, Professor in Valencia (Contribution à l'étude des cellules anastomosées des épithéliums pavimenteux stratifiés. *Internat. Mon. f. Anat. u. Hist.* Bd. III. pag. 250), welche RANVIERS Anschauungen im ganzen bestätigt, im einzelnen allerdings mehrfach von denselben abweicht. CAJAL arbeitete an den Stachelzellen des Lippenkrebses; die Stücke wurden in Gummi und Alkohol gehärtet, die Schnitte vom Gummi befreit, dann 4—6 Tage in 2 % Salzsäure gelassen, ausgewaschen, mit Hämatoxylin gefärbt und in Glycerin montiert. C. unterscheidet kleinere, opake, granulierte, und gröfsere (30—40 μ), transparente, fädige Zellen. In den ersteren treten die Fäden in die Zelle ein, umkreisen den Kern und treten wieder durch die Verbindungsbrücken aus. Oft bilden sie um den Kern eine fädige Hülle, zwischen der und dem Kern eine helle, fadenlose Zone übrig bleibt. Auf ihrer Passage zwischen den Zellen findet CAJAL wie RANVIER die Fäden dicker, leitet diese Verdickung auch von einer äufseren Auflagerung her, aber nicht des Protoplasmas, sondern der festeren Aufsenhülle der Zelle. Denn das Protoplasma sei ja flüssig, die Verbindungsbrücken aber starr und stärker lichtbrechend. Für die spindelförmige Anschwellung in der Mitte der letzteren hat CAJAL eine originelle Erklärung; die Hülle der Fäden soll nämlich hier oft eingerissen und umgerollt sein und dadurch der Eindruck von Knötchen entstehen. —

Die transparenten Zellen CAJALS finden sich in der Umgebung der Hornperlen und zeichnen sich durch ihre Resistenz

gegen Farben, Säuren und Alkalien aus. Die zahlreichen Fibrillen sind hier stark lichtbrechend, verlaufen eng nebeneinander und parallel. Die Zwischenräume zwischen den Zellen sind eng, die Fibrillen gehen oft scheinbar unmittelbar aus einer Zelle in die andre über. Im ganzen sind diese Zellen ähnlich den fibrillären Hornzellen etwas oberhalb der Haarpapille. Auch in den Zellen der HENLEschen Scheide treten die Fibrillen auf, wo die Verhornung beginnt und die Kerne atrophieren. CAJAL hält es für eine der Verhornung im allgemeinen eigentümliche Erscheinung, dafs die Fibrillen der Zellen breiter, paralleler und dadurch deutlicher werden. An den Schleimhäuten existieren auch Fäden und Intercellularbrücken, wenn sie auch schwieriger nachzuweisen sind.

Ganz andre Liniensysteme als RANVIER und CAJAL beschreibt BIZZOZERO (Über den Bau geschichteter Pflasterepithelien. *Intern. Mon. f. Anat. u. Hist.* Bd. I. pag. 278) von den im Speichel schwimmenden Mundepithel, den Epithelien der Scheide, Vulva und des Ösophagus von Hund und Kaninchen, kurz von Oberhautzellen, welche Übergangsregionen zwischen Haut und Schleimhaut angehören, und von denen man seit langem weifs, dafs ihre Oberfläche mit einem sehr kurzen feinen Stachelpanzer besetzt ist. — An den isolierten Epithelien sah B. alle Flächen von feinen Liniensystemen durchzogen (etwa 20 Linien auf 10 μ), welche unter sich und den Zellkanten parallel verlaufen, sich zuweilen gabelig teilen und dabei eckige kleine Felder umschreiben. Die Breite dieser Liniensymptome ist unabhängig von der Konzentration der Untersuchungsflüssigkeit. Sie liegen lediglich auf der Oberfläche, nicht wie die RANVIERschen Fibrillen innerhalb der Zellen und senkrecht zur Oberfläche. An den Kanten enden die Linien in sägeförmigen Erhabenheiten, entsprechen also selber feinen Kanten oder Riffen und vertreten die Stacheln, wie sie auch hier und da in Stachelreihen übergehen.

Die ganze von B. beschriebene Erscheinung hat für den nichts Überraschendes, welcher weifs, dafs auch die bestausgebildeten Stacheln der Hautepithelien in Liniensystemen, welche parallel und den Kanten der Zellen annähernd parallel geordnet sind, aus den Zellen hervortreten, und dafs das Negativ

dieser Liniensysteme an der Oberfläche des Papillarkörpers eine zierliche, gleichsam guillochierte Zeichnung hervorruft (s. Fig. 2 meiner *Anatomie der Haut*). Ich habe diese Anordnung von den Hautepithelien (pag. 26. l. c.) bereits ein Jahr früher (1883) hervorgehoben. Denkt man sich die Stacheln auf feine Spitzen reduziert, so präsentiert ihre Gesamtheit gewifs das von Bizzozero entworfene Bild der oberflächlichen Liniensysteme.

Zu bemerken ist noch, dafs B. sich in diesem Aufsatze die Entdeckung der Interspinalräume zwischen den Epithelien vindiziert (*Rendic. del R. Inst. Lomb.* Vol. III. fasc. XVI. 1870 und Moleschotts *Untersuchungen*. Bd. XI), da Thanhoffer sie Ranvier zugeschrieben hat.

Ranvier (Lettre adressée à la redaction. *Internat. Mon. f. Anat. u Hist.* Bd. III. pag. 1) betont hinwieder, dafs seine Darstellung der Verbindungsbrücken in dem Punkte wesentlich von Bizzozero abweicht, dafs er in ihnen absolut kontinuierliche Verbindungsfäden (filaments d'union absolument continus) sieht, während Bizzozero sie aus der Verschmelzung zweier Stacheln hervorgehen läfst und noch die Lötstelle nachweisen will.

Dies ist nun allerdings dem Wortlaute des Schlusses der Arbeit von Bizzozero nach sicher richtig, und der letztere stand damals (vor 18 Jahren) offenbar noch unter dem frischen Einflusse der Max Schultzeschen Lehre. Aber wenn man die ganze damalige Beschreibung von Bizzozero liest, mufs man doch gestehen, dafs er bereits mit bewunderungswerter Klarheit den kontinuierlichen Zusammenhang der Zellen durch fädige Verbindungsstücke erkannte, zu einer Zeit, als diese Struktur bei den Epithelien der Amphibien noch durchaus nicht, wie heute, zu den elementaren Thatsachen der Hauthistologie gehörte. Mir ist es, offen gesagt, nicht recht verständlich, warum, wenn Ranvier auf die Konstatierung dieser Priorität im Jahre 1886 noch Wert legt, er nicht zugleich auf die Übereinstimmung seiner Ansichten über die Hautepithelien mit denen Heitzmanns wenigstens hinweist.

Heitzmann hat bekanntlich schon im Jahre 1873 in seiner neuen Theorie des Protoplasmas und der Zellen (*Sitzber d. k. Ak. der Wiss.* Wien 1867. pag. 100, pag. 141) den Nachweis

zu führen gesucht, dafs u. a. auch alle Epithelien durch speichenartige lebendige Fäden ein Kontinuum bilden. Wenn RANVIER mit FLEMMING und den meisten neueren Histologen auch die Schematisierungen HEITZMANNS verwirft und speziell die Verwischung aller chemischen und histologischen Differenzen der bekannten Zellbestandteile (Zellsubstanz, Kern, Kernkörperchen) gewifs heute von niemand mehr gutgeheifsen wird, so ist doch nicht zu leugnen, dafs das HEITZMANNsche Schema zuerst für die Epithelien der Amphibienhaut allseitig angenommen (FLEMMING, PFITZNER) und dann erst von RANVIER speziell für die Epithelien der Säugetierhaut sanktioniert ist. Eine ganz separate Frage ist es darum immer noch, ob mit dieser Bestätigung der HEITZMANNschen Lehre von Seite RANVIERS für die Epithelien der Säugetierhaut nun auch der Begriff der Epithelzelle als eines Individuums aufhören müsse. Und wenn wir RANVIER recht verstehen, denkt er so wenig daran, wie wir. Da wir aber nach RANVIERS und CAJALS Arbeiten zu dieser Frage heute entschieden Stellung nehmen müssen, so will ich auch meine Hauptgründe anführen, weshalb ich, trotz des auch von mir angenommenen kontinuierlichen Zusammenhangs der Epithelzellen durch viele Verbindungsbrücken an der histologischen Selbständigkeit der Epithelien und ihrer „Stacheln" festhalte.

Für mich ist die Stachelschicht nur vom entwickelungsgeschichtlichen Standpunkt aus ein Kontinuum. Wenn wir die geringe Anzahl embryonaler Epithelien schon *ebenso* anastomosieren sehen wie die grofse Anzahl der Epithelien der Erwachsenen später, so ist es allerdings nur rationell anzunehmen, dafs diese Zellen bei den successiven Teilungen nie aufser Zusammenhang geraten sind. Aber physiologisch und besonders pathologisch betrachtet hält diese Auffassung den Thatsachen gegenüber nicht mehr stand.

Schon die etwas hypertrophischen Epithelien rasch wachsender Geschwülste, wie der spitzen Kondylome, zeigen häufig Bilder von Zellfortsätzen, welche nach einer Seite durch unregelmäfsigen Vorschub der Zellen ihre Insertionspunkte verloren haben, ohne im mindesten abgebrochen zu sein. Ähnliche Bilder im kleinen hat man schon am physiologischen Epithel dort, wo drei benach-

barte Zellen an einer Ecke zusammenstoſsen. Hier findet man öfter anstatt Verbindungsbrücken frei in den Interspinalraum vorspringende „Stacheln."

Desgleichen genügt ein einfaches 24stündiges Ödem, z. B. der Vorhaut, um sämtliche Interspinalräume zu erweitern und mit weiſsen Blutkörperchen zu erfüllen. Wo diese den Epithelien anliegen, sind die Stacheln wie geschrumpft oder eingezogen und haben den Zusammenhang auf beiden Seiten verloren. Wäre nun die Kontinuität der Epithelien eine für dieselben notwendige Eigenschaft, so würden diese akut entstandenen Spalten bestehen bleiben, und bei allseitiger Abtrennung müſsten die betreffenden Epithelien zu Grunde gehen. Statt dessen verschwindet das ganze Phänomen, sowie das akute Ödem bald vorübergeht, und wir finden dann wieder alle Epithelien allseitig zusammenhängend. Die „Stacheln" müssen also wieder ihren Anschluſs an benachbarte „Stacheln" gefunden haben.

Für uns ist mithin die Kontinuität der Epithelien eine an sich sehr interessante, für die Fortpflanzung nervöser Reize an der Haut vielleicht sogar wichtige Thatsache, aber sie ist nicht eine notwendige für das Leben der Epithelien und eine häufig im einzelnen und vielleicht beständig wechselnde.

Wenn wir uns damit eigentlich dem alten Standpunkt von Bizzozero nähern, so thun wir es keineswegs, weil wir in der mittleren Anschwellung der Stacheln wie jener Forscher eine Lötstelle, oder wie Ranvier ein elastisches Organ, oder wie Cajal eine Umrollung durchrissener Enden der Scheide der Fasern erblicken. Alle diese Erklärungen, so einfach die erstere, so neu die zweite und so gezwungen die letzte erscheinen mag, sind vollständig unnötig. Wir gebrauchen gar keiner Erklärung, da die Anschwellung garnicht existiert. Ehe ich darauf eingehe, wodurch sie vorgetäuscht wird, möchte ich aber doch darauf hinweisen, wie kompliziert für Ranvier nach seiner neueren Arbeit die ältere Annahme des elastischen Organs wird. Denn nun müſste bestimmt werden, ob dieses Organ dem Zentralfaden oder der protoplasmatischen Scheide der Verbindungsbrücke oder beiden angehört; und jede dieser Vorstellung begegnet neuen Schwierigkeiten. Cajal nun gar würde es

wahrlich schwer werden zu erklären, warum gerade bei den kurzen und nicht vielmehr bei den langen Verbindungsbrücken „Einrisse und Umrollungen“ stattfinden, warum häufig die kurzen Verbindungsbrücken sogar zwei scheinbare Anschwellungen gerade an ihren Enden zeigen, und warum alle „Einrisse“ so regelmäfsig in der Mitte übereinander stattfinden.

Die Erklärung dieser scheinbaren mittleren Anschwellung habe ich bereits 1883 (l. c. pag. 28) in einer Anmerkung angedeutet und seitdem die Erfahrung gemacht, dafs wirklich, wie ich damals nur vermutete, ein einfaches optisches Beugungsphänomen für eine substantielle Verbreitung des Fadens vielfach gehalten worden ist. Man betrachte die nicht schematische und überhaupt nicht gezeichnete, sondern nach der Natur photographierte Darstellung der Leitersprossen zwischen den Epithelien, welche meiner Arbeit über die Nervenenden der Oberhaut im ersten Bande dieser Zeitschrift beiliegt. Man wird überall dort, wo die Nervenfädchen zwischen den Epithelien nicht genau im Focus gelegen haben, wo dagegen die Verbindungsfäden eingestellt waren, diese entweder in der Mitte von einer Reihe oder an beiden Seiten von zwei Reihen von Anschwellungen unterbrochen sehen, welche ganz offenbar nichts sind als die durch darunter hinwegziehende Nervenfädchen, ganz nach Art eines Gitters hervorgerufene Beugungserscheinung. Die langen Brücken Ranviers zeigen gewöhnlich die „Anschwellung“ nicht, da sie seltener von Nervenfäden gekreuzt werden, während dies regelmäfsig bei den kurzen statthat.

Der Vollständigkeit wegen will ich schliefslich nicht unterlassen anzuführen, dafs Sticker neuerdings in einer Arbeit: *Über die Entwickelung und den Bau des Wollhaares beim Schafe.* Diss. Berlin 1887, welche uns noch öfter beschäftigen wird, die seltsame Anschauung kundgibt, die Stacheln seien Fortsetzungen des Hyaloplasmas der Zellen, welches sich durch das Gerüstwerk des Protoplasmas fadenförmig durchdränge, um mit benachbarten Fäden aus Hyalopasma zu verschmelzen. Sticker nimmt also im striktesten Gegensatz zu Ranvier und Cajal an, dafs nicht das Fadenwerk der Zellen sondern umgekehrt die Interfilarmasse derselben miteinander verschmelze. Da St. keine

detaillierten Beweise für diese Annahme beibringt, die allen bisherigen Erfahrungen widerspricht, so begnügen wir uns einstweilen mit dieser kurzen Mitteilung.

Ziehen wir nun das Fazit aus allen bisherigen Untersuchungen, so haben wir uns den Zellenleib der Hautepithelien vorzustellen als durchsetzt von Fäden, welche die Kerne umkreisen und mittels der Verbindungsbrücken von einer Zelle zur andren ziehen (RANVIER). Ihre Funktion ist noch vollkommen unbekannt. Die Verbindungsbrücken bestehen einzeln aus einem solchen Faden, umhüllt von einer Fortsetzung des, später verhornenden Zellenmantels (CAJAL). Die Epithelzellen bewahren, wie es besonders pathologische Vorgänge erkennen lassen, ihre volle Individualität, und ihre Stacheln verschmelzen nach etwaiger Trennung wiederum ohne sichtbare Anschwellung. Eine solche existiert an den Verbindungsfäden thatsächlich nicht. —

(Fortsetzung folgt.)

Über die Dermatitis herpetiformis von Duhring.

(Arthritis bullosa, BAZIN. Pemphigus pruriginosus, HARDY. Hydroa der englischen Autoren.)

Von

Dr. L. BROCQ
in Paris.

(Fortsetzung.)

3. Herpes mit verschiedenen Beiwörtern.

Ich glaube nicht, dafs viele dieser Fälle der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica angepafst werden können. Es ist recht schwierig zu entscheiden, wie es sich mit jener Beobachtung verhält, die JARISCH[1] unter dem Titel „Herpes Iris" veröffentlichte; es handelte sich dabei um eine

[1] Über die Koinzidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Achse des Rückenmarks. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syphilis.* 1880. pag. 195.

Frau, die früher an einem Blasenausschlag gelitten hatte, die dann schnell unter Erscheinungen abseiten der Nieren und Lungen zu Grunde ging, und wo die Autopsie Veränderungen in der grauen Substanz des Rückenmarks aufwies.

Die von E. WILSON unter dem Namen Herpes circinatus bullosus veröffentlichten Fälle gehören, wie wir sehen werden, zur Gruppe des Herpes gestationis. Der Herpes phlyctaenodes von GIBERT[2] „ist erkennbar an kleinen, recht vereinzelt stehenden und im Anfang durchscheinenden Bläschen, die lebhaft jucken, während die Haut häufig gerötet und entzündet ist. Allmählich wachsen sie, werden nach einigen Tagen trübe und undurchsichtig, trocknen dann mit und ohne Borkenbildung ein. Der Ausschlag beschränkt sich häufig auf die Oberextremitäten, ja wohl auch nur auf die Hände und Vorderarme. Die zuerst nur miliaren Bläschen wachsen manchmal bis zu Erbsen- und Linsen-, selbst bis zu Kleinmandelgröfse. Während dessen treten auf der gesunden Haut neue Bläschen auf. die Haut ist gewöhnlich rot, angeschwollen, gespannt. Häufig sind einzelne Gruppen durch dazwischen liegende gesunde Haut getrennt; manchmal auch bedecken sie eine grofse Fläche; aber selbst dann findet man an andern Stellen kleine Herpesgruppen inmitten gesunder Haut.... Die Krankheit dauert im ganzen 2—3 Wochen; sie neigt zu bestimmten Jahreszeiten zu Rückfällen; manche Kranke leiden im Frühling und Herbst jeden Jahres daran." (GIBERT a. a. O.)

Hält man sich an diese Beschreibung, so erkennt man, dafs der Herpes phlyctaenodes von GIBERT mit der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica aufser einigen funktionellen Störungen, sowie einiger Ähnlichkeit der vesikulösen und der bullösen Varietät letztgenannter Affektion nichts gemein hat. Weder Dauer, noch Verlauf, noch die aufeinanderfolgenden Anfälle teilt er mit jener. Viel eher entspricht er verschiedenen als Hydroa vesiculos., Hydroa herpetiform. u. s. w. veröffentlichten Fällen. Wenn man aber diese Krankengeschichten etwas genauer studiert, so erkennt man bald den Grund, weshalb DUHRING sie in seine Dermat. herpet. mit aufgenommen hat.

GIBERT teilt nämlich im Verlauf seiner Schilderung als Beispiel seines Herpes phlyctaenoides den Fall einer 27jährigen Frau mit, die 1814 infolge lebhaften Schrecks zuerst von einem phlyktänoiden Ausschlag befallen wurde. Von da an bis zum Nov. 1819, dem Zeitpunkt der letzten Untersuchung, litt die Frau an häufigen Anfällen, während welcher kleine Bläschen auftraten, die stark juckten und schmerzten; die Haut war dabei lebhaft gerötet. In der Zwischenzeit befand die Frau sich ganz wohl.

Scheint sich diese Krankengeschichte mit dem beständigen Auftreten von akuten Nachschüben nicht jenen andern anzureihen, die ich am Anfang

---

[2] GIBERT, *Traité pratique des maladies de le peau et de la Syphilis* Bd. I. pag. 212. 1880.

dieser Abhandlung mitgeteilt habe? Scheint sie nicht eine Art Übergang zu bilden zwischen unsrer Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica à poussées successives und jenen Fällen von schnellem Verlauf, bei denen der Ausschlag ebenfalls vielförmig, schmerzhaft und juckend ist, und die man als Dermatitis polymorpha pruriginosa acuta bezeichnen könnte? Ich begreife sehr wohl, wie DUHRING dazu kommen konnte, in dem letzterwähnten Fall ein schönes Beispiel der vesikulösen und bullösen Varietät seiner Dermat. herpet. zu erblicken; ähnelt er doch sehr der No. 6 der oben mitgeteilten Beobachtungen, wo die Hautentzündung nach einer heftigen Nervenerschütterung aufgetreten war.

Der von CHAUSIT[3] als Herpes phlyctaen. mitgeteilte Fall rechtfertigt noch mehr die DUHRINGschen Behauptungen. Dort handelt es sich um eine 21jährigrige Frau[4], welche seit langer Zeit an einem erythematösen und vesikulo-bullösen Exanthem litt, das anfallsweise auftrat, lebhaft brannte und mit Menstruationsstörungen einherging. Diese Beobachtung, die als Übergangsform von der Dermat. polymorpha pruriginosa chron. zum Herpes gestationis bezeichnet werden kann, scheint mir zu der hier besprochenen Krankheitsgruppe zu gehören.

4. Der gröfste Teil der Varietäten des Pemphigus.

Wir haben gesehen, dafs DUHRING zu seiner Dermatitis herpetiformis die meisten Varietäten des Pemphigus rechnet, so den P. circinatus von RAYER, dem P. acutus prurigin. von CHAUSIT, den P. compositus, den Herpes pemphigoides von DEVERGIE; den P. pruriginosus von HARDY; den Pemphigus von KLEIN. Alle diese Formen macht er wenigstens in seinen verschiedenen Arbeiten namhaft.

a. Pemphigus circinatus von RAYER. — Unter dem Titel Pemphigus chron., zu Ringen und Kränzen angeordnete Blasen, kompliziert mit Herpes circinatus, teilt RAYER[5] die Krankengeschichte eines 68jährigen Mannes mit, der im Juni 1827 zum erstenmal an Pemphigus erkrankte und damals nach 5 Wochen geheilt wurde. Dann erkrankte er von neuem im Juni 1828 und war auch im August noch krank; über den Ausgang ist nichts erwähnt. Der Ausschlag hatte am Handgelenk begonnen und bestand aus hell- und dunkelroten Flecken, aus mehr minder grofsen, durchscheinenden oder trüben Blasen, die eine weifsliche Pseudo-Membran enthielten, aus Vesikeln, Borken und aus ekthymaähnlichen Elementen; es bestand Jucken und lebhafte Formikationen. Dieser Fall kann meines Erachtens sehr wohl als ein Beispiel der D. p. p. betrachtet werden; er hat mit ihr die Vielgestaltigkeit der

---

[3] CHAUSIT, *Annales des maladies de la peau et de la Syphilis.* Bd. IV. No. 5. pag. 117. Febr. 1852.

[4] Siehe Beobachtung 31 meiner Arbeit. Teil II.

[5] RAYER, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau.* Observ. XXVII. Bd. I. pag. 284. 1835.

Eruptionen und die funktionellen Störungen gemeinsam. Zu bedauern ist, dafs der Kranke nicht genügend lang beobachtet wurde, um eine sichere Diagnose zu stellen.

b. Pemphigus pruriginosus von Chausit. Duhring[6] rechnet zu seiner Dermat. herpet. den von Chausit unter diesem Namen in den *Annales des Maladies de la peau et de la Syphilis* (Bd. IV. No. 6. März 1852. pag. 141) veröffentlichten Fall. Wir werden später sehen, dafs derselbe zum Herpes gestationis gehört. Racle und Chausit haben auf Veranlassung ihres Lehrers Cazenave unter fast gleichlautendem Titel weitere Fälle veröffentlicht, die meines Erachtens zu der D. p. p. zu rechnen sind, deren der amerikanische Autor aber nicht erwähnt. So gab Racle jr.[7] unter dem Namen Pemphigus chron. die sehr interessante Krankengeschichte eines Mannes bekannt, der von 1837 bis zu seinem 1841 — höchst wahrscheinlich an einer tuberkulösen Peritonitis — erfolgten Tode an anfallsweise auftretenden, sehr stark juckenden Hautausschlägen litt. Cazenave selber erzählt in einer der von Chausit[8] gesammelten Vorlesungen von einem Kranken, der, wie er sagte, an Pemphigus pruriginosus, Pemphigus acutus successivus litt; die Anfälle bestanden seit 18 Monaten; es erschienen zuerst erythematöse, später mehr minder figurierte bullöse Elemente, die von dem heftigsten Jucken begleitet waren. Da zwischen den einzelnen Anfällen vollkommen freie Zwischenzeiten liegen, so meine ich, gehört auch dieser Fall zu jenen Übergangsformen, die in der Mitte stehen zwischen der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica und jenen noch nicht genau umgrenzten Formen, von denen auch die Rede sein wird, und die ich einstweilen Dermatitis polymorpha pruriginosa acuta nennen will.

c. Pemphigus compositus, Herpes pemphigoides nach Devergie. — Es ist nicht ganz leicht, sich eine genaue Vorstellung von dem zu machen, was Devergie[9] P. compos. und Herpes pemphig. oder auch Pemphigus herpetiformis nennt. Unter diesem Namen beschreibt er den Fall einer 50jährigen Frau, die seit 4 Monaten an einem juckenden Hautausschlag daniederlag. Derselbe bestand aus circinös-erythematösen Elementen, die sich zentrifugal ausbreiteten und auf denen sich Blasen von verschiedener Gröfse bildeten. Dieser Fall kann sehr gut zu der D. p. p. gerechnet werden. — Des weiteren teilt Devergie unter dem Namen Pemphigus diutinus haemorrhagicus — eine, wie er hinzufügt, noch nicht beschriebene Pemphigusform — die Krankengeschichte einer 45jähr.

---

[6] Duhring, a. a. O. (*Medical News.* pag. 421. Oktbr. 17. 1885.)

[7] Racle jr., Abteilung von Cazenave. (*Annales des maladies de la peau et de la Syphilis.* Bd. II. No. 3. pag. 80. Oktbr. 1844.)

[8] Vorlesungen von Cazenave, gesammelt von Chausit. *Annales des maladies de la peau et de la Syphilis.* Bd. IV. No. 10. pag. 260. Juli 1852.

[9] Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau.* pag. 306 ff. 1857.

Frau mit, bei der nach heftigem Ärger zuerst, unter lanzinierenden Schmerzen, kleine rote Knötchen, später Vesikeln und mit blutigem Inhalt gefüllte Blasen auftraten. Trotz der langen Dauer litt das Allgemeinbefinden der Frau nicht. Dieser, auch von DUHRING erwähnte Fall scheint ebenfalls zur D. p. p. zu gehören.

d. Pemphigus pruriginosus von HARDY. — H. äufsert sich über seinen P. pruriginosus folgendermafsen[10]: „Bei einer Varietät des Pemph. bullosus chron. brennt die Haut äufserst lebhaft; die Blasen sind gewöhnlich klein und zahlreich; sie folgen sich schnell, und die Haut bekommt zuweilen eine braune Färbung, wie beim Prurigo chronicus. Die Verfärbung ist Folge einer reichlichen Pigmentablagerung. Dieses ist, nach verschiedenen Autoren und namentlich noch ALPHÉE CAZENAVE, die Varietät des Pemphigus pruriginosus."

In meiner ersten Besprechung[11] der DUHRINGschen Arbeiten über Dermat. herpetiformis berichtete ich über einen Fall, den ich auf der Abteilung meines Lehrers E. VIDAL gesehen hatte; VIDAL diagnostizierte ihn als einen Pemphigus diutinus pruriginosus mit kleinen Blasen; in seinem Verlauf, seinem Aussehen und verschiedenen Symptomen ähnelte er sehr dem ersten der von DUHRING veröffentlichten Fälle. Zu meiner Freude sehe ich jetzt, dafs DUHRING selber auch diese Beobachtung, und die ganze Krankheitsgruppe überhaupt, die auf den einzelnen Abteilungen des Hospital Saint-Louis zu Paris schon lange als Pemphigus diutinus pruriginosus bezeichnet wird, für seine Dermat. herpet. beansprucht.

Indessen mufs ich hinzufügen, dafs der von HARDY in seinen Vorlesungen über die Hautkrankheiten unter dem Namen Pemphigus pruriginosus mitgeteilte Fall, dessen auch DUHRING Erwähnung thut, ein ausgesprochenes Beispiel des Herpes gestationis ist.

e. Pemphigus von KLEIN. Ebenso verhält es sich mit dem von KLEIN als Pemphigus veröffentlichten Fall.[12] Derselbe betraf eine Frau, die im Verlauf der Schwangerschaft an einem vesiko-bullösen Hautausschlag erkrankte, der einige Wochen nach der Entbindung wieder verschwand.

5. Als Hydroa und andersartig bezeichnete Fälle.

Weiter unten werde ich zeigen, dafs wir in der Litteratur verstreut unter verschiedenen Bezeichnungen Fälle antreffen, die zu der D. p. p. chronica gehören; aber aufser den bereits erörterten und „Hydroa" genannten Fällen erwähnt DUHRING in seinen Arbeiten nur noch den von RICHMOND LEIGH, betitelt: „Blasenausschlag von eigentümlichem Charater[13] — sowie

---

[10] *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau.* Paris 1886. pag. 258.
[11] *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* pag. 561. 1884.
[12] KLEIN, *Allgem. Wien. med. Ztg.* 6. Aug. 1867.
[13] RICHMOND LEIGH, *Lancet.* pag. 11. 6. Jan. 1883.
[14] B. MEYER, *Archiv f. path. Anat. u. Physiol.* pag. 185. Nov. 1883.

den von Meier, betitelt: „Tödliche Dermatitis pemphigoides.“ [14] — Diese letztere Beobachtung handelt von einem 67jährigen früher stets gesunden Manne, der innerhalb 7 Wochen an einer sehr heftigen juckenden Dermatitis von zuerst ekzematösem, später pemphidoidem Aussehen zu Grunde ging. Es ist sehr wohl möglich, dafs dieser Fall zu der Gruppe gehört, mit der wir uns hier beschäftigen; fraglich bleibt es aber immerhin, und einstweilen scheint es besser, ihn beiseite zu lassen. Die Beobachtung von Richmond Leigh betraf eine 33jährige Frau, ebenfalls bis dahin ganz gesund, bei der 5 Tage nach der Entbindung ohne Entzündung und ohne Schmerzen Blasen von verschiedener Form und Gröfse auftraten. Der Ausschlag safs an der vordern Körperhälfte und verschwand nach 14 Tagen. Ich kann diesen Fall nicht zum Herpes gestationis rechnen, trotz seines Beginns 5 Tage nach der Entbindung und trotz seines Verlaufs während des Puerperiums, denn keins der Merkmale des Herpes gestationis, weder die Vielgestaltigkeit der Elemente, noch die subjektiven Symptome, noch die Lokalisation, ist bei ihm vorhanden. Und ganz gewifs gehört er nicht zur Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica.

Hydroa. — Duhring [15] behauptet, dafs manche Fälle der sogenannten Hydroa („of so called Hydroa“) zu seiner Dermatitis herpetiformis gehören, und nennt u. a. die Beobachtungen von Florence S., abgedruckt im *British Medical Journal.* 1870, sowie die von Handfield Jones und L. Duncan Bulkley. Die Beobachtung von Florence S.[16] ist überschrieben: Fall von recidivierendem Ausschlag, ähnlich der Hydroa oder dem Herpes Iris Hebra; mehrere Anfälle in 4 Monaten. Der Fall ist sehr unvollständig beschrieben und schwer zu verstehen. Es handelte sich um eine Frau von 20 Jahren mit starkem Verdacht auf Syphilis, bei der 3 Monate vor ihrer Aufnahme ins Krankenhaus zuerst an den Ellbogen, später am ganzen Körper Blasen erschienen, die zehn Tage dauerten. Derselbe Ausschlag erneuerte sich am 1. Dez. Am 29. Dez. bekam sie einen Erguſs ins rechte Kniegelenk; dann wurde sie gegen Ende Januar wesentlich gebessert entlassen. Die Krankengeschichte erwähnt nichts von Hautjucken oder Schmerzen; trotz des polymorphen Ausschlages kann man diesen Fall daher nicht zu den hier in Frage stehenden rechnen.

Der Fall von Handfield Jones [17] hat vielmehr Verwandtschaft mit der D. p. p. Die Kranke, eine 26jährige unregelmäfsig menstruierte Frau, litt seit 2 Jahren an einem brennenden Ausschlag, der aus roten Papeln, aus Vesikopusteln und aus zentralen Elementen mit umgebenden Bläschen zusammengesetzt war, und der anfallsweise auftrat. Trotzdem kann man

---

[15] Duhring, *Medical News.* 22. Nov. 1884.

[16] *Reports of Medical and Surgical Practice in the Hospitals of Great Britain.* — A Report on Hydroa and allied Diseases. pag. 493—546. *Brit. Med. Journal.* Bd. X. pag. 547. 1870.

[17] Handfield Jones, Hydroa. *Medical Times and Gazette.* pag. 248. 6. Sept. 1872.

auch diesen Fall wohl nicht als Typus der später zu beobachtenden Affektionen ansehen, da wir bei ihm das lästige Jucken vermissen.

Den ersten Fall von L. Duncan Bulkley[18] will ich nur kurz erwähnen, da er sehr schwer zu deuten ist. Bei einer an Ekzem und Urticaria leidenden Frau traten ganz vorübergehend auch Blasen auf. Seine zweite Beobachtung aber gehört zu den wichtigsten. Sie betraf eine 26jährige Frau, die im April zum erstenmal mit roten brennenden und schmerzenden Hautflecken erkrankte; der Anfall dauerte nur wenige Tage. Anfangs Oktober erfolgte ein neuer eintägiger bullös-erythematöser Anfall; endlich am 22. Nov. 1876 dritter Anfall mit Hautreizung, Röte, Blasenbildung namentlich auf den Armen und Vorderarmen; der Ausschlag verschwand nach 8—10 Tagen vollkommen. Als Pemphigus, sagt D. Bulkley, könne er ihn nicht ansprechen und also rechnet er ihn zur Hydroa.

Diesem Fall nähert sich der von G. H. Fox[19] ebenfalls als Hydroa veröffentlichte. Auch hier entwickelt sich in ungefähr 3 Wochen ein juckender Ausschlag mit erythematösen, vesikulösen und bullösen Elementen und recidiviert nach mehreren Monaten noch einmal. Fox nennt ihn Hydroa, weil es weder Herpes noch Pemphigus sei.

Nun sind aber solche Fälle mit raschem Verlauf bereits von Bazin als Hydroa und von Gibert (vergl. weiter oben) unter dem Namen Herpes phlyctaenodes veröffentlicht, sie sind zusammen mit andern Beobachtungen, welche die Bezeichnung einer Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica voll und ganz verdienen, als Hydroa, namentlich als Hydroa herpetiformis aufgeführt, so besonders von mehreren englischen und amerikanischen Autoren, wie Tilbury Fox[20], Colcott Fox[21], Radcliffe Crocker[22], George T. Elliot[23]. Bevor ich auf eine Besprechung dieser Fälle eingehe, will ich zuvor kurz andeuten, was die verschiedenen Dermatologen unter Hydroa verstehen.

Bazin nannte Hydroa (ὑδωρ, Wasser) „eine Erkrankung ähnlich dem Herpes phlyctaenoides von Willan, bestehend aus Bläschen oder aus kleinen mit Serum gefüllten Blasen, die gruppenweise in verschieden grofsen Abständen auftreten.“[24]

---

[18] L. Duncan Bulkley, Zwei Fälle von Hydroa. *Archiv of Dermatol.* Bd. 3. pag. 217. 1877.

[19] G. H. Fox, Über Hydroa und andre blasige Hautausschläge. *Archiv of Dermatol.* No. 3. pag. 211. 1878.

[20] Tilbury Fox, *Skin Diseases.* 1873. Anomalous forms of bullous Eruptions. Hydroa. pag. 215.

[21] Tilbury Fox u. Colcott Fox, Klinische Studie zur Hydroa. *Archiv of Dermatol.* Jan. 1880.

[22] Radcliffe Crocker, Hydroa. *The British Med. Journal.* pag. 966. Mai 22. 1886.

[23] George T. Elliot, Beitrag zur Pathologie und Histologie der Hydroa herpetiformis. *The New York Med. Journal.* 23. April 1887.

[24] Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse.* pag. 194. 1868.

Er unterschied drei Varietäten: 1. Hydroa vesiculosa, 2. Hydroa vacciniformis, 3. Hydroa bullosa (kleinblasiger Pemphigus).

Später[25] werden wir sehen, dafs Bazins Hydroa bullosa, erste Abteilung seiner Gruppe Arthritides bullosae, zum grofsen Teil der benignen oder subakuten Varietät unsrer Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica entspricht. Seine Hydroa vesiculosa entspricht zweifellos zum gröfsten Teil dem Herpes Iris von Bateman, und ich stimme mit meinem Lehrer vollkommen darin überein, dafs man ausschliefslich für diese letztgenannte nach Form und Verlauf so viel gekennzeichnete Dermatose den Namen Hydroa aufhebe und gebrauche. Es ist aber mehr als wahrscheinlich, dafs Bazin unter dem Namen Hydroa vesicul. Fälle veröffentlicht hat, die kaum noch als typische Beispiele von Herpes Iris Bateman gelten können.

Aus dieser kurzen Abschweifung geht hervor, dafs Bazin das Wort Hydroa für verschiedene Affektionen gebraucht hat und so allerlei Verwirrungen anrichtete. In Deutschland hat sich die Bezeichnung nie eingebürgert. In England begnügte sich Tilbury Fox in seinem Werk über die Hautkrankheiten (1873) mit einer kurzen Kritik der Bazinschen Arbeiten.

Später hat er seine Meinung etwas geändert[26] und glaubt alle Fälle die den soeben besprochenen ähnlich seien, in seine Gruppe vereinigen zu können, welcher er den Namen Hydroa gibt, und als deren hervorragendste Eigenschaft er bezeichnet: „das Auftreten kleiner juckender Blasen mit durchscheinendem Inhalt, stecknadelkopf- bis kleinerbsengrofs, die sich auf einem roten Fleck oder einer roten Papel unter Jucken und Brennen entwickeln. Die Blasen vertrocknen später entweder einfach oder unter Anschwellung und Borkenbildung. Der Ausschlag sitzt namentlich im Gesicht, an den Geschlechtsteilen, auf der Streckseite der Extremitäten, bisweilen auch auf der Wangenschleimhaut Der Verlauf kann ein akuter, nicht länger als 3—6 Wochen dauernder sein; die Krankheit kann aber auch anfallsweise verlaufen und chronisch werden." Fox unterscheidet drei Varietäten, 1. Hydroa simplex, bei der die Allgemeinerscheinungen unbedeutend sind; der Ausschlag besteht aus einzelnen Bläschen und ist häufig lokalisiert; Rückfälle sind selten; der Verlauf sehr schnell. 2. Hydroa herpetiformis, zeigt wie der Herpes die Neigung zur Gruppenbildung von Bläschen; die Rückfälle sind häufiger, der Verlauf länger; das Allgemeinbefinden gestört. 3. Hydroa pruriginosa. Der Ausschlag hat mehr bullösen als vesikulösen Charakter, ist über eine grofse Fläche verbreitet, hat zahlreiche Rückfälle, die ihn zu einem chronischen Leiden gestalten und ist von einem lebhaften Jucken begleitet. Diese Varietät deckt sich völlig mit dem Pemphigus pruriginosus der alten Autoren.

---

[25] S. die Geschichte der D. p. p. chronica im 2. Teil dieser Abhandlg.

[26] Tilbury Fox u. Colcott Fox, Kliniche Studie über Hydroa. *Archiv of Dermatol.* New York. Jan. 1880.

Diese Auffassung von Tilbury Fox, die viel annehmbarer ist, als es auf den ersten Blick scheinen möchte, hat neuerdings auch den Beifall von Radcliffe Crocker[27] gefunden; nur will ihm die Notwendigkeit der Einteilung in drei Gruppen nicht recht einleuchten, obschon dieselbe von seinem bedeutenden Vorgänger richtig erkannt war. Er kümmert sich also nicht viel darum und fafst die Hydroa herpetiformis und die H. prurigin. einfach in eine Gruppe zusammen. Diese Gruppe entspricht für ihn dem Pemphigus pruriginosus von Chausit und von Hardy, dem Herpes gestation. von Milton und Bulkley, dem Herpes circinat. bullos. von Erasmus Wilson, kurz der Dermatitis herpetiformis Duhrings, ausgenommen die Impetigo herpetif. Hebra, die R. Crocker wohl sehr mit Recht von dieser Gattung von Eruptionen absondert. — Er gelangt in seiner Abhandlung zu folgenden wichtigen Schlufssätzen: 1. Es gibt eine Gruppe von Krankheiten, die sich vom Pemphigus, von Herpes, von Erythema exsudativum deutlich unterscheiden, wenn sie auch mit jedem der genannten Leiden etwas Gemeinsames haben; der Name Hydroa herpetiformis bezeichnet sie am besten und hat den Vorteil, dafs ihn Tilbury Fox schon lange vor den Untersuchungen Duhrings vorgeschlagen hat. 2. Die Bezeichnung Hydroa mufs auf diese Hautkrankheiten beschränkt bleiben und darf nicht für verschiedene anormale bullöse Exantheme gebraucht werden. — Die Haupteigenschaften dieser Gruppe sind folgende: Zu jeder Zeit des Verlaufs dieser Dermatose trifft man ein Erythem, das, wenn auch nicht ausschliefslich, so doch gewöhnlich den Typus circinatus aufweist. Man trifft ferner Vesikeln, Blasen, Pusteln, mit einer Neigung, sich Herpes ähnlich zu gruppieren; diese verschiedenen Elemente sind im wechselnden, quantitativen Verhältnis zueinander vorvorhanden; bald herrscht das eine vor, bald das andre. Das Leiden ist immer mit einem Jucken von äufserster Heftigkeit verbunden. Der Ausschlag erscheint in verschiedenen Anfällen; er kann monatelang dauern und hat Neigung zu Rückfällen, selbst nach langen Zwischenpausen; er verläuft unter häufigen Besserungen und Verschlimmerungen und endet mit Heilung. Kräftige Ernährung unter Ausschlufs von Alkohol, körperliche und geistige Ruhe, Arsen in hohen Dosen, und wo dieses in Stich läfst, Belladonnatinktur und Chinin bilden die wesentlichsten Punkte der Behandlung.

Elliot, der die ganze Frage in jüngster Zeit wieder aufgenommen, vergleicht die Hydroa herpetiformis wegen des Juckens, wegen des Charakters des Ausschlags und der Art seiner Gruppierung mit der Dermatitis herpet., von der sie sich nur durch ihren schnellen Verlauf unterscheide. Es erscheint überflüssig, das Gesagte nochmals zu wiederholen und nochmals darauf hinzuweisen, dafs ältere Autoren unter die Hydroa auch Fälle von langer Dauer mit aufgenommen haben.

---

[27] H. Radcliffe Crocker, Hydroa. *The British Medical Journal.* pag. 966. 22. Mai. 1886.

Die Bedeutung des Begriffs Hydroa schwankt also sehr je nach den verschiedenen Autoren und nach den verschiedenen Beiwörtern, die man ihm gibt. Es erscheint daher unerläfslich, ihn genau zu bestimmen und wenn man ihn nicht ganz aus dem dermatologischen Wörterbuch streichen will, ihn doch höchstens als gleichbedeutend mit dem Herpes Iris von BATEMAN gelten zu lassen. Wo sollen wir nun aber die andern Fälle unterbringen, die bisher unter diesem Namen aufgefährt wurden und die DUHRING seiner Dermatitis herpetiformis einverleibt hat?

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich, dafs diese Fälle zum gröfsten Teil zwei gemeinsame Eigenschaften haben: den Pruritus und die Mannigfaltigkeit der Elemente; dafs sie aber sehr verschiedenartig verlaufen; die einen sind chronisch oder wenigstens langdauernd und müssen meiner Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica zugewiesen werden; den andern, akut verlaufenden, wollen wir uns jetzt zuwenden.

Der Herpes phlyctaenodes von GIBERT gehört zu ihnen. Wir wissen, dafs DUHRING sie für seine Dermatitis herpetif. beansprucht; führt er doch unter den Fällen von Hydroa, die er in seine neue Gruppe aufgenommen hat, die vorhin besprochene Beobachtung von L. DUNCAN BULKLEY mit an.

Die Deutung solcher Fälle, deren man zahlreiche bei den verschiedenen Schriftstellern findet, und deren ich selber mehrere im Krankenhaus Saint-Louis beobachtet habe, scheint mir sehr schwierig zu sein. Bei genauerer Prüfung finden wir folgendes:

1. Diese Fälle weisen verschiedenartige Elemate auf, und zwar a. primäre Elemente, mehr minder deutlich figurierte erythematöse Plaques. Papeln, Vesikeln, Papulo-Vesikeln, einzelne oder mannigfach gruppierte Blasen, bisweilen sogar Pusteln; b. sekundäre Elemente, Exkoriationen, Borken, braune Flecke.

2. Lebhaftes Jucken oder Brennen begleitet sie oder geht den einzelnen Anfällen vorauf.

3. Sie verlaufen in wenigen Tagen bis Wochen, neigen aber bisweilen stark zu Rückfällen.

In Summa, sie weisen dieselben eruptiven Elemente, dieselben, wenn auch abgeschwächten funktionellen Störungen auf, wie die Dermatitis polym. prurigin. chron. und der Herpes gestationis. Wie letztere Hautkrankheit, so zeigen auch sie bisweilen Neigung zu Rückfällen, und man darf nicht vergessen, dafs auch die D. p. p. bisweilen mit akuten Schüben anhebt, die durch freie Zwischenzeiten getrennt sind. Ätiologie und Dauer unterscheiden sie vom Herpes gestationis, Heftigkeit und Dauer der einzelnen Schübe von der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica.

Sie scheinen eine Art Dermat. polym. prurigin. von minderer Heftigkeit, von akutem und schnellem Verlauf zu bilden. Man könnte sie also vorläufig Dermatitis polymorpha, pruriginosa acuta nennen, welche Bezeichnung noch den Vorteil hat, die Haupteigen-

schaften dieses Syndroms anzudeuten, ohne über die Natur des Exanthems etwas auszusagen,

Ihre nahe Verwandtschaft zur Dermatitis polymorpha prurigin. chron. wird aber noch auffälliger, wenn man sich nicht mit dem kurzen, von mir gelieferten Überblick über diese Fälle begnügt, sondern sie jeden für sich in seinen Einzelheiten studiert. Man erkennt dann leicht, dafs sie wie Glieder einer Kette in ununterbrochener Folge die D. p. p. chronica mit jenen schnell verlaufenden Fällen verbinden. Man versteht dann auch, warum Duhring sie in seine Dermat. herpet. hinübernahm, da sie doch, abgesehen von Verlauf und Heftigkeit, fast alle Symptome der von ihm als typische Beispiele seiner Gruppe veröffentlichten Fälle aufweisen. Mir freilich erscheint diese Verallgemeinerung nicht berechtigt. Denn trotz der Übergangsformen, von denen später die Rede sein wird, dürfen wir doch nicht einerseits schwere Fälle von chronischem Verlauf, wie sie die D. p. p. chronica „à poussées successives" zusammensetzen, und anderseits leichte Fälle von raschem Verlauf, die keine umschriebene Krankheitsgruppe bilden, wie die, die ich soeben als Dermatitis polymorpha pruriginosa acuta bezeichnet habe, gemeinsam verhandeln und einfach zusammenwerfen. Behalten wir also unsern Typus der D. p. p. chronica bei, wie ich ihn zu Anfang dieser Arbeit aufgestellt habe; diese Abgrenzung ist unanfechtbar, mag sie vielleicht auch etwas zu eng gehalten sein. Zum Verallgemeinern bleibt immer noch Zeit; es bleibt immer noch Zeit, ihr den einen oder den andern Fall zuzugesellen, der sich nur durch unwesentliche Abweichungen von ihr unterscheidet.

Was fangen wir dann aber mit jenen schnell verlaufenden Fällen an, die ich soeben unter dem Titel Dermatitis polimorpha pruriginosa acuta beschrieben habe? Genügt es, sie im Anschlufs an französische und deutsche Dermatologen als polymorphe, bullöse Erytheme zu behandeln? Vom Standpunkte des Dermatologen aus betrachtet sind sie freilich nichts Andres. Um diese Frage handelt es sich auch gar nicht. Wir wollen vielmehr wissen, ob wir berechtigt sind, unterschiedslos in diese grofse Gruppe des Erythema polymorphum alle die mit und ohne Recidiv akut verlaufenden Ausschläge aufzunehmen, bei denen erythematöse, bullöse und vesikulöse Elemente auftreten, ohne Rücksicht auf Ätiologie, Pathogenese und die sonstigen Begleiterscheinungen.

Für mich ist das Erythema polymorphum keine Krankheit, sondern ein Syndrom. Es umfafst das andre, bereits abgegrenztere Syndrom, welches ich Dermatitis polymorpha pruriginosa genannt habe. Es umfafst des weiteren die infektiösen und pathogenetischen u. s. w. polymorphen Erytheme. Es mufs also, da es keine einheitliche Krankheitsgruppe umfafst, in einzelne Bestandteile zerlegt werden.

Läfst sich nun die Gruppe der hier besprochenen Hautkrankheiten und die insgesamt, mit den erwähnten Einschränkungen, die Dermatitis herpetiformis Duhrings ausmachen, in folgender Weise anordnen?

1. Fälle von chronischem Verlaufe, die sich mit der Dermatitis polym. prurigin. chronica decken und die offenbar eine wohlumschriebene Krankheitsform bilden. Sie umfassen als Varietät auch jene günstigen und etwas schneller verlaufenden Fälle, die ½ bis höchstens 2 Jahre dauern.

2. Fälle von raschem Verlauf; sie wurden bisher als Erythema polym. vesico-bullosum aufgeführt und entsprechen der Dermatitis polymorpha pruriginosa acuta.

3. Fälle von akutem oder subakutem Verlauf, mit ausgesprochener Neigung zu Rückfällen, die nur während Schwangerschaft oder Wochenbett auftreten, entsprechend der recidivierenden D. p. p. der Schwangerschaft.

4. Übergangsfälle zwischen diesen verschiedenen Formen.

Die erste und dritte Gruppe sind meines Erachtens eigenartig genug, um ihnen eine besondere Darstellung, ein eingehendes Studium zu widmen und sie von nun an als unanfechtbare Krankheitstypen aufzustellen. Von der zweiten Gruppe läfst sich nicht das nämliche behaupten. Wollen wir indessen die darin enthaltenen Fälle nicht einfach in der grofsen Gruppe der polymorphen Erytheme aufgehen und verschwinden lassen, so müssen wir sie durch etwa vorhandene, deutlich ausgesprochene Unterscheidungsmerkmale davon absondern.

Nun unterscheiden sie sich von den übrigen polymorphen, vesikulösen und bullösen Ausschlägen sicherlich durch die lebhaften Schmerzerscheinungen (Jucken, Stechen, Brennen), ferner durch die scharf ausgeprägte Vielgestaltigkeit der einzelnen Schübe, von denen oft der folgende ganz anders aussieht als der vorhergehende, und endlich durch das dabei fortbestehende ungestörte Allgemeinbefinden. Dieser Gesamtcharakter, der einer Anzahl polymorpher Erytheme von zweifellos infektiöser oder pathogenetischer Natur zukommt, könnte nun schon auf den ersten Blick genügend erscheinen; aber in Wirklichkeit sind diese Unterscheidungsmerkmale nicht bestimmt genug, um mittels ihrer ungekünstelt einen neuen Krankheitstypus aufstellen zu können. So dürfte es z. B. in den meisten bereits veröffentlichten Fällen schwer fallen, die Stärke der vom Kranken angegebenen Schmerzen richtig abzuschätzen. Sollen wir nun solche Fälle, in denen die subjektiven Symptome kaum angedeutet sind, in unsrer Gruppe zulassen? Und wo ist in dem einen oder andren Fall die Grenze, die sie von den andern polymorphen Eruptionen vesikulo-bullösen Charakters scheidet? Soll das gute Allgemeinbefinden immer und unter allen Umständen entscheidend sein? Gibt es nicht auch einfache erythematöse, juckende Ausschläge, die hierher gehören? Letztere Frage namentlich möchte ich mit Ja beantworten, denn ich kenne Fälle von Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica, die mit einfachem Pruritus beginnen, dem sich höchstens noch etwelche erythematöse Elemente hinzugesellen, ohne dafs aber die Epidermis durch Bläschen, Blasen oder Pusteln abgehoben würde.

Anderseits aber — und das ist der kritische Punkt bei der ganzen Dermatitis herpetiformis Duhrings —: Sind wir berechtigt, diese

älle als akute Varietät der Dermatitis polymorpha pruriginosa hronica zu betrachten? Nach dem jetzigen Stand der Wissen-chaft kann man diese Frage unmöglich bejahen. Zur Klärung ller dieser Punkte bedarf es neuer Untersuchungen, und vermutlich er-alten wir eine befriedigende Antwort erst durch einen Einblick in die ätiologie und die wahre Natur der in Rede stehenden Krankheit. Es gilt lso vor allem, meine ich, das Studium dieser Fälle wieder aufzunehmen, ie verschiedenen Symptome, die Anamnese u. s. w. einer eingehenden rüfung zu unterziehen, und sich zu bemühen, durch chemisch-biologische, istologische und bakterielle Untersuchungen das Geheimnis ihrer Patho-enese zu erforschen. — Die Geschichte der polymorphen Erytheme ist erst ioch zu schreiben!

Alles in allem läfst sich der Krankheitstypus einer Dermat. polym. prurigin. acuta zur Zeit noch nicht aufstellen. Es war mir aber darum zu thun, die Aufmerksamkeit auf diese Fälle zu lenken und zu ihrem Studium zu ermuntern.

Unter dem Titel Dermatitis polym. prurigin. acuta werde ich nun aber, nach Beschreibung der chronischen Form, eine ganze Reihe von Beobachtungen mitteilen, die sich auszeichnen durch schnellen Verlauf, durch polymorphen, erythematösen, vesikulösen, bullösen und sogar pustulösen Ausschlag, durch Schmerzerscheinungen wie Jucken und Brennen, und durch eine, wenn auch nicht immer, so doch bieweilen vorhandene Neigung zu Rückfällen. Der bequemeren Übersicht wegen, und um zu zeigen, durch wie unmerkliche Übergänge man von den einfachsten Formen, die ganz den gewöhnlichen polymorphen vesikulo-bullösen Erythemen gleichen, zu den typischen Fällen der D. p. p. subacuta und chronica gelangt, werde ich sie n verschiedene Kategorien teilen.

4. Kapitel.

Zeigt an Beispielen, wie wenig genau die Bezeichnung Eruptiones bullosae seit den Duhringschen Arbeiten ist.

Ein Blick auf die voraufgegangene, ausführliche Erörterung genügt, um zu erkennen, wie heikel diese Fragen sind und wie leicht man den einschlägigen Fällen solche Namen geben kann.

So verzeihlich diese Verwirrung auch sein mag, so hat sie doch schon ihre Früchte getragen. Die neuerlichen Veröffentlichungen zeigen deutlich, wie wenig klar die Vorstellungen der Dermatologen über diesen Punkt sind. Nur um zu verallgemeinern, um eine Gruppe mit einer benachbarten zu identifizieren, und dank der zwischen den einzelnen Gruppen vorhandenen Übergangsformen, ist man dahin gelangt, die verschiedenartigsten Fälle in eine und dieselbe Kategorie zusammenzuwerfen, oder die nämlichen Fälle unter den verschiedenartigsten Bezeichnungen zu veröffentlichen.

So nennt z. B. Robinson[28] einen Fall, der sich denen von Duhring

[28] Robinson, *Journal of Cutaneous and Venereal Diseases.* Jan. 1885.

nähert, bald Hydroa, bald Impetigo herpetiformis, bald Dermatitis herpetiformis, d. h. für ihn bedeuten diese drei Namen das gleiche. Stephan Mackenzie[29] legt der Londoner medizinischen Gesellschaft einen Fall von polymorphem vesikulo-bullösen Erythem vor, bei dem jede Funktionsstörung fehlte, rechnet ihn zur Dermat. herpetif. Duhrings und bemerkt dazu, dafs Hydroa der Schwangeren und Impetigo herpet. Hebra als Varietäten dieses von dem amerikanischen Dermatologen aufgestellten Krankheitstypus gelten müfsten.

Malcolm Morris[30] berichtet über einen Fall von typischer Dermat. herpet., den er abwechselnd auch Hydroa nennt; und freilich, wie die Sachen zur Zeit stehen, hat er vollkommen Recht.

Sherwell[31] macht der New Yorker Dermatologischen Gesellschaft Mitteilung über einen Fall, den er Pemphigus cachecticorum nennt; Dr. Fox macht daraus eine Dermatitis herpetiformis; Dr. Robinson meint, er gehöre zur pustulösen Variätät jener Krankheit, die Hebra beschrieben habe (Impetigo herpetiformis).

R. W. Taylor[32] veröffentlicht unter dem Titel Hydroa bullosa von Bazin (kleinblasiger Pemphigus) den Fall eines Rheumatikers mit Mitral- und Aortenklappenfehler (Rhumatisant mitral et aortique), der an Lungenödem und Albuminurie litt und am 18. Juli, nach Anwendung von Bromkali, unter Brennen und Stechen von einem vesikulo-bullösen Erythem befallen wurde, das am 1. August, drei Tage vor seinem Tode, wieder verschwand. Nach Taylor gehört dieser Fall in die nämliche Gruppe mit dem Herpes gestationis, dem Pemphigus pruriginosus, dem Herpes phlyctaenodes, Impetigo herpetiformis u. s. w. — In Wirklichkeit handelte es sich vermutlich um einen medikamentösen Ausschlag; sicherlich gehört der Fall aber nicht hierher.

Payne[33] bespricht unter der Aufschrift Herpes die Krankengeschichte eines 3jährigen Kindes, das an der linken Schenkelgegend von einem erythematösen und pustulösen Ausschlag ohne Brennen befallen wurde, der nach Waschungen mit Plumbum subaceticum rasch wieder verschwand. Er läfst die Möglichkeit zu, dafs es sich hier einfach um einen medikamentösen Ausschlag handelte, meint aber, dafs derselbe der Impetigo

---

[29] Stephen Mackenzie, Londoner medizinische Gesellschaft. 29. Nov. 1886.

[30] Malcolm Morris, Harveian Society of London. 19. Mai. 1887. *British Med. Journal.* pag. 1216. 4. Juni. 1887.

[31] Sherwell, Pemphigus Cachecticorum. New York Dermatological Society. 149. Sitzung. *Journal of Cutaneous and Venereal Diseases.* Januar 1885. pag. 11.

[32] R. W. Taylor, Beitrag zum Studium der Hydroa bullos. von Bazin und der Dermat. herpet. von Duhring. *Journal of Cutaneous and Venereal Diseases.* April 1886. pag. 106.

[33] Payne, *Bericht aus der Abteilung f. Hautkrankheiten des St. Thomas-Hospital.* 1884. pag. 227 und 232.

herpetif. HEBRA sehr ähnelte und wohl mit zur Dermatitis herpetiformis DUHRINGS gehöre.

Diese Beispiele scheinen genügend, um zu zeigen, wie grofs die, freilich sehr entschuldbare, Verwirrung unter den Dermatologen wird, wenn eine Krankheitsgruppe weder richtig abgegrenzt wird, noch eine genaue Terminologie erhält.

Selbstredend bleibt die Aufstellung der Gruppe Dermatitis herpetif. DUHRINGS grofses Verdienst, er hat die engen Beziehungen zwischen verschiedenen bullösen Eranthemen richtig erkannt, und wenn er sich meines Erachtens auch in bezug auf den Herpes gestationis geirrt, so gebe ich doch gern zu, dafs in bezug auf den Herpes gestationis und diejenigen Fälle, die soeben als Dermatitis polymorpha pruriginosa acuta bezeichnet wurden, wenigstens teilweise Recht hat. Aber er hat seine Gruppe nicht gehörig eingeteilt, und da sie auch nicht genügend von den andern Formen abgegrenzt ist, so dürfen wir uns nicht wundern, wenn die meisten Autoren sie überhaupt nicht als berechtigt anerkennen wollen.

Die Widersprüche, in die er sich begibt, liegen auch wirklich auf der Hand. Rechnet er doch zu seiner Dermat. herpet. Krankheiten mit so schnellem Verlauf, wie den Herpes phlyctaenoides, und erklärt dann hinterher, seine Dermatitis herpetiformis unterscheide sich von dem Erythema polym. bullos. durch ihren chronischen Verlauf, während jenes nur eine kurze Krankheitsdauer habe! Darf man als wohlbegründet einen Krankheitstypus zulassen, der akute und chronische Ausschläge, rein pustulöse und immer tödlich verlaufende Krankheiten, wie die Impet. herpet., leichte, schnell und günstig endende Fälle, wie die Dermat. polymorpha prurigin. acuta, und langwierige, gefährliche Affektionen, wie die Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica umfafst? Ein erfolgreiches Studium einer derartigen Krankheitsgruppe wäre ebenso erschwert, wie die Differentialdiagnose gegenüber verwandten Formen, wohl aber würde dadurch einer unsäglichen Verwirrung Vorschub geleistet werden.

5. Kapitel.

Schlufsfolgerungen.

Das Ergebnis dieser langen Untersuchung ist kurz folgendes:

1. Die Impetigo herpetiformis HEBRA scheint eine besondere Krankheitsgruppe zu bilden und sollte nicht unter der Dermat. herpet. DUHRINGS mitaufgeführt werden.

2. Der Ausdruck „Dermatitis herpetiformis" scheint mir ein Gattungsname zu sein und eine Summe von Fällen zu bezeichnen, die wohl einige gemeinsame Eigenschaften haben, aber in verschiedene Abteilungen kategorisiert werden müssen.

3. Eine dieser Abteilungen ist durch die 9, zu Anfang dieser Abhandlung auszugsweise mitgeteilten Beobachtungen DUHRINGS genau bestimmt; ich möchte sie bis auf weiteres Dermatitis polymorpha (oder multi-

formis, oder pemphigoides) pruriginosa chronica à poussées successives nennen.

4. Der Herpes gestationis scheint mir eine zweite leicht erkennbare Abteilung zu bilden, verwandt mit der vorhergehenden. Zwischen beiden bestehen Übergangsformen. Die Bezeichnung einer recidivierenden, polymorphen (oder multiformen, oder pemphigoiden) prurigi-nösen Schwangerschaftsdermatitis scheint mir für diese Form geeignet.

5. Verschiedene als Pemphigus und namentlich als Pemphigus prurigin. beschriebene Fälle gehören in eine der vorhergehenden beiden Kategorien.

6. In bezug auf verschiedene andre Fälle, die Duhring mit zu seiner Dermatitis herpetiformis rechnet, ist das Urteil noch nicht abgeschlossen.

7. Unter der Aufschrift Herpes phlyctaenoides (Chausit et Gibert), Hydroa vesicul. und bullos. (Bazin), Hydroa prurigin. und H. herpetif. (Tilbury Fox, Colcott Fox, L. D. Bulkley, G. H. Fox, Radcliffe Crocker, G. T. Elliot) hat man gleichzeitig Falle von Dermatitis polym. pruriginosa chronica „à poussées successives", Fälle von Herpes gestationis und solche Fälle veröffentlicht, die mit diesen Krankheitsbildern in bezug auf Form des Ausschlags und subjektive Symptome wohl Ähnlichkeit haben, die sich aber durch Ätiologie und raschen Verlauf von ihnen unterscheiden.

Diese Fälle, die Duhring in seine Dermatitis herpetiformis mit aufgenommen hat, die er aber sowohl wie die Autoren vor ihm ungerechtfertigter Weise, wie mir scheint, in einen Topf mit der hier verhandelten Krankheitsgruppe zusammenwirft, müssen meines Erachtens einer eingehenden neuen Prüfung unterzogen werden. Es ist zur Zeit unmöglich, einen wohlbegründeten klinischen Typus daraus aufzubauen; auf jeden Fall aber müssen sie zu einer dritten Gruppe zusammengestellt werden, die vielleicht mit der Dermatitis polymorpha pruriginosa à poussées successives verwandt ist, bilden sie doch gewissermafsen einen Übergang zu derselben. Sie für die akute Form der Derm. polym. prurigin. chron. zu halten, dazu sind wir wohl nicht berechtigt. Vorläufig aber kann man sie, wie ich gezeigt habe, als Dermatitis polymorpha (oder multiformis, oder pemphigoides) pruriginosa acuta zusammenfassen.

Folgendermafsen lassen sich nun füglich die hier besprochenen Hautkrankheiten gruppieren, wobei wir diejenigen, die ich im Laufe dieser kritischen Übersicht ausgeschieden habe, einfach bei seite lassen wollen.

Es handelt sich um zwei grofse, scharf getrennte Gruppen:

I. Die Impetigo herpetiformis von Hebra, die ich bereits beschrieben habe, und die wir hier völlig aufser Acht lassen wollen.

II. Eine grofse Gruppe von Krankheiten mit polymorphem Ausschlag, dessen einzelne Elemente bald mehr bald weniger Figuren bilden, erythematös, erythemato-papulös, papulös, papulo-vesikulös, vesikulo-bullös, bullös und pustulös sein können. Diese Ausschläge verursachen immerwährende

Schmerzen, Beifsen, Brennen, Stechen und Jucken, und zeichnen sich durch anfallsweises Auftreten aus.

Ich wähle zu ihrer Bezeichnung das Wort „Dermatitis", einen allgemeinen Ausdruck, der nichts weiter meint als Hautentzündung, während „Erythema" meines Erachtens für jene flüchtigen Erytheme aufgehoben werden sollte, die nur in einer Rötung der Haut bestehen. — Der Bezeichnung „Dermatitis füge ich hinzu:

a. das Prädikat polymorpha oder multiformis, um den Charakter des Ausschlags anzuzeigen; — ich würde mir aber ebenso gerne das Prädikat vesico-bullosa oder pemphigoides gefallen lassen;

b. das Prädikat pruriginosa, mit Hinblick auf die Wichtigkeit und Regelmäfsigkeit dieser funktionellen Störung.

Diese Dermatitis polymorpha pruriginosa ist nur erst ein Syndrom die hierher gehörenden Fälle lassen sich in drei Hauptgruppen einteilen:

1. Dermatitis polymorpha pruriginosa à poussées successives, umfassend;

a. chronische, sehr lange dauernde Fälle, die ein Krankheitsbild für sich bilden, nämlich die D. p. p. chronica;

b. Fälle von kürzerem Verlauf, die nach mehrmonatlicher Dauer in Heilung ausgehen: Derm. polym. prurigin. subacuta seu benigna. Bildet nur eine Varietät der vorhergehenden Krankheit.

2. Dermatitis polymorpha pruriginosa acuta. Sie ist nahe verwandt mit der bisher als Erythema polymorphum vesiculo bullosum beschriebenen Form. Die Symptome der hierher gehörigen Fälle sind noch zu wenig studiert, um daraus ein deutliches klinisches Krankheitsbild aufzubauen.

3. Dermatitis polymorpha pruriginosa recurrens graviditatis (récidivantes de la grossesse), Herpes gestationis. Bildet, wie mir scheint, eine abgerundete Gruppe.

Zwischen diesen drei Hauptgruppen bestehen zahlreiche Übergangsformen, über deren Bedeutung ich mich schon ausgelassen habe.

Diese drei Gruppen sollen nun im zweiten, dritten und vierten Abschnitt dieser Arbeit der Reihenfolge nach besprochen werden.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

Zur Ätiologie der Alopecia areata. Übersetzt von Dr. Eichhoff, Elberfeld.

In der Sitzung vom 26. Juni 1888 der Akademie der Medizin hielt H. Leloir einen Vortrag: de la Pelade et des Peladoïdes.

Bei der gerade jetzt herrschenden Verwirrung und Meinungsverschieden-

heit über den Ursprung der Alop. areata halten wir es für gut, eine Übersetzung der obigen Rede folgen zu lassen. Leloir sagt:

Während der letzten Jahre habe ich teils in meiner Hospital-, teils in der Privatpraxis 142 Fälle von Alopecia areata beobachtet.

Von diesen 142 Fällen habe ich 92 genau und lange genug beobachtet — was nicht immer leicht ist —, um ihnen vom Gesichtspunkte der Pathogenese aus einen reellen Wert beimessen zu können.

Ich habe meine 92 Fälle in drei Klassen eingeteilt.

In die erste Klasse, die ich die der Peladoïdes trophoneurotiques (Alop. trophoneurotica) nenne, reihe ich alle die Fälle ein, in denen ich keine Zeichen von Unreinlichkeit und Ansteckung, weder bei der Person selbst, noch der Umgebung, aber im Gegenteil hinreichend charakteristische nervöse Symptome gefunden habe und wo man, wenn man alle Doktrin bei seite läfst, sehr geneigt sein mufs, einen Kausalnexus zwischen den nervösen Störungen und dem Erscheinen der Alopecia areata anzunehmen.

In den 36 Fällen, welche diese Klasse ausmachen, findet sich die Alopecia areata bei sehr nervösen Leuten. Es gingen Kopfleiden oder mehr weniger heftige Neuralgien vorher, meistens auf derselben Seite, auf welcher die Alopecie erschien. Sensibilitätsstörungen der verschiedensten Art gingen vorher oder waren gleichzeitig vorhanden: Neuralgien, Hyperästhesien der Haut, Ameisenkriechen etc. In 4 Fällen konnte ich eine wenn auch sehr wenig auffallende, doch deutlich vorhandene Anästhesie in den befallenen Stellen konstatieren, und das ist sehr selten. In mehreren Fällen schienen die der Alop. vorhergehenden nervösen Störungen Überreizungen, speziell Schulüberbürdungen bei Kindern, sowie lange Leiden zu sein.

In mehreren andern Fällen, von denen ich unten einige anführen will, folgte die Alopecie auf eine lebhafte Gemütsbewegung und zwar in so auffälliger Weise, dafs ich diese Fälle unter die Dermatosen zähle, die durch moralischen Choc entstehen. Bei 3 Kranken kam die Alop. ar. zum Ausbruch nach einem Trauma des Kopfes, und es scheint die Verletzung eines Nerven auf den Ausbruch einen Einflufs gehabt zu haben.

In einem Falle zeigte sich eine allgemeine Alopecie im Verlauf einer Tabes dorsalis.

Eine bestimmte Anzahl der Kranken dieser ersten Klasse waren seit Jahren syphilitisch. Sollte dies im Zusammenhang damit stehen, dafs bei Syphilis relativ häufig Nervenaffektionen oder Störungen der peripheren Nerven vorkommen, wie dies aus den Arbeiten Fingers hervorgeht? Aber man mufs hier vorsichtig sein. Vielleicht handelt es sich bei der weiten Verbreitung der Syphilis um eine zufällige Koinzidenz mit der Alop. areata, zumal auch bei vielen Kranken der 3. Klasse der sog. Alopecia areata contagiosa die Patienten zugleich seit langem syphilitisch waren.

In einem Falle war mir Gelegenheit gegeben, das plötzliche Auftreten der Alopecia areata an der Occipitalgegend mit nachfolgender Cerebrallues zu beobachten. Fournier hat, wenn ich mich recht erinnere, einen gleichen

Fall gesehen. Beide Male scheint die Alopecie das erste Symptom der Nervenaffektion gewesen zu sein. Sie mufs hier zu denjenigen Dermatosen gezählt werden, welche einen auf die Spur eines Nervenleidens bringen, welches man ohne dieselbe zu spät erkannt hätte. Die Haut spielt hier die Rolle eines Spiegels des Nervensystems, wie ich auch in meinen Untersuchungen über die Hautkrankheiten mit nervösem Ursprung gezeigt habe (1881—1884). Ich nenne diese Arten von Alopecia trophoneurotica: Derma toneuroses indicatrices.

Von den 36 Fällen, welche diese Gruppe bilden, werde ich kurz folgendes nur mitteilen.

Madame X., 44 Jahre alt, mit Migräne und Neuralgien behaftet, spaziert mit ihrem Kinde von 6 Jahren in den Bergen von X. Das Kind kommt ihr abhanden und verirrt sich in den Bergen 3 Stunden lang. Die Mutter glaubt, es sei gestorben. Denselben Abend fühlt sie heftige neuralgische Schmerzen in der Occipital- und rechten Temporalgegend. Die Neuralgien dauern 6 Tage lang. Den 6. Tag entsteht ein Brennen und Stechen der Haut, welches andauert, und am 10. Tage nach der Gemütserregung merkt die Kammerfrau, welche die Dame täglich frisiert, an der rechten Schläfengegend einen Alopecie-Fleck. Madame X. konsultiert mich denselben Tag. Nach einigen Tagen entdeckte ich zwei neue Flecke der Occipitalgegend. Ein Jahr später, 1886, nachdem sie einige Wochen schon von der Alopecie geheilt war, gestattete ich ihr, mit der Behandlung aufzuhören, da erfafste sie eine neue Gemütserregung (heftiger Auftritt mit ihrem Gatten), Neuralgien etc., und nach 5 Tagen erscheint eine Alopecie in der Occipitalgegend. Ich heile sie nochmals. Nach 5 Monaten erschüttern Unglücksfälle von neuem die Dame. Acht Tage nach diesem dritten Choc kommt sie mir wieder mit einer Alopecie. Ich füge zum Schlufs hinzu, dafs der Mann und die kleine Tochter der Patientin, welche sich mit ihr derselben Toilettengegenstände bedienen, in den 3 Jahren niemals eine Spur von Alopecie gezeigt haben.

Julius M., 26 Jahre alt, ist zwischen eine Mauer und ein schweres Steinfuhrwerk gekommen. Glücklich entschlüpft er einem fast sichern Tode. Denselben Tag ausgesprochene Neurasthesie, den Tag darauf fühlt der Patient in den Gliedern Ameisenkriechen und Stechen, welche sich auf die behaarte Kopfhaut ausbreiten. Es schienen ihm die Haare zu Berge zu stehen. Nach 8 Tagen erscheint am Hinterkopf eine Alopecia areata. Ich habe den Kranken lange Zeit beobachtet und niemals die geringsten Anhaltspunkte für Ansteckung in seiner Umgebung gefunden.

M. P., 42 Jahre alter Weber, sehr nervös und migränekrank, erfährt eine Gemütserregung durch Verbrennung seines Webstuhls. Es folgt Neurasthenie, Brennen in der Haut, besonders des Kopfes. 14 Tage nach dem Vorfall fallen die Haare aus, und nach 4 Wochen kommt er in meine Sprechstunde wegen Alopecie des Bartes und Kopfhaares. Auch hier keine Spur von Ansteckung.

Gerade wie bei den vorgenannten kam bei Auguste A. X. eine Alopecia ar. 10 Tage nach einer Gemütserregung durch Angst infolge einer Feuersbrunst; ebenso bei Louis M. 12 Tage nach dem plötzlichen Verlust seines Vermögens im Bankerott; bei Adrian B. entstand die Alop. areata 9 Tage nach dem Tode seiner geliebten Gattin.

Ich könnte noch mehr Beispiele anführen, wo die Alopecia areata nach moralischem Choc auftrat, aber sie sind nicht so eklatante. Andre folgten nach Überarbeitung und Exzessen, welche das Nervensystem bei schon vorher nervöser Anlage erregten. So im folgenden Falle.

Im Jahre 1884 wurde ich von einem jungen Manne, der, 25 Jahre alt, durch Arbeit und sexuelle Exzesse sehr mitgenommen war, wegen einer Alopecia areata konsultiert, die den ganzen Hinterkopf und die rechte Schläfen-Stirngegend okkupiert hatte. Er erzählte mir, dafs er vor 10 Jahren von heftigen Migräneanfällen und Occipital-Temporal-Neuralgien heimgesucht worden sei, besonders auf der rechten Seite. Ein Jahr nachher erschien die Alopecie auf dem rechten Hinterkopfe. Sie vergröfserte sich stets. Seit dem Erscheinen der Krankheit bis zu dem Tage der ersten Konsultation — beinahe 9 Jahre — hat der Patient nichts dagegen unternommen. In dem Glauben, die Krankheit sei nicht ansteckend, brauchte er dieselben Bürsten, Kämme etc. wie sein Vater, seine Mutter, Geschwister, Freunde und die zahlreichen Maitressen. Niemand wurde angesteckt in diesen 9 Jahren. Im Jahre 1885 sagte mir der junge Mann, den ich 2 Jahre lang ohne merklichen Erfolg behandelt hatte, dafs er sein Leben ändern und sich verheiraten wolle, dafs er aber vor der Heirat zurückschrecke, weil ihm ein andrer renommierter Arzt, den er ohne mein Wissen konsultiert, erklärt hatte, die Krankheit sei ansteckend. Als er mich um meine Meinung fragte, war ich sehr bestürzt. Konnte ich ihm die Heirat erlauben oder mufste ich ihn, wie mein Kollege, zum langen Cölibat verurteilen? Seine Alopecie hatte er schon seit 10 Jahren. Sie war langsam, aber stetig fortgeschritten, und nach 2jähriger Behandlung hatte ich nur einige Haarinseln wieder hergestellt. Auf der andren Seite sprachen die nervösen Störungen und die Abwesenheit jeder Möglichkeit einer Infektion auch gegen meinen kontagiösen Kollegen. Ich glaubte wegen der blofs angenommenen Kontagiosität dem jungen Mann die Heirat nicht verbieten zu dürfen, sondern erlaubte sie ihm. Jetzt ist er seit 3 Jahren verheiratet und Vater zweier allerliebsten Babies. Er hat weder seine Frau noch sonst jemand angesteckt. Oftmals besucht er mich noch und spricht etwas ironisch von meinem kontagiösen Kollegen. Ich mache ihm aber klar, dafs es sich hier um eine wissenschaftliche Ansicht handelt.

Ich bitte die Akademie um Verzeihung, dafs ich den Fall so eingehend besprochen habe, aber es illustriert im entgegengesetzten Sinne das, was M. Hardy im Jahre 1887 der Akademie vorgetragen hat.

Zum Schlufs will ich noch bemerken, dafs es mir möglich war, einige mal periphere und Hautnerven aus Alopecia areata-Stellen zu untersuchen. In einem Falle fand ich bei einem Hautnerven degenerativ-atrophierte Neuritis

(sog. parenchymatöse Neuritis), wie ich sie 1882 beschrieben habe; in einem andren Falle waren die Hautnerven absolut gesund. Man kann also aus den histologischen Befunden gar nichts schliefsen.

In meine zweite Klasse nehme ich diejenigen Fälle hinein, in denen weder nervöse Störungen, noch Überreizung, noch Traumen verantwortlich für das Entstehen der Alopecie gemacht werden können, und wo ich auch bei genauester Untersuchung kein Zeichen von Kontagiosität finden konnte. Dieser Fälle habe ich 35.

In meiner dritten Klasse finden Sie diejenigen Fälle, die ich bei hin reichend genauer Beobachtung für kontagiös halten mufs. Es sind deren 20. Ich will nur einen anführen, der der Mühe lohnt, mitgeteilt zu werden.

M. X., 26 Jahre alter stud. pharmacol. Von robuster Gesundheit, hat seit 3 Monaten Alopecie des Bartes. Er konsultierte mich 1885, da die Alopecie auch sein Kopfhaar ergriff. Nach einigen Monaten führte er mir seinen intimen Freund zu, der das Logis mit ihm teilt; dieser hat seit einigen Wochen auch Alopecie des Kopfes. Nach einigen Monaten führt dieser Freund mir seine Maitresse ebenfalls mit scharfen Alopecieflecken vor. Aber damit noch nicht genug. X. hatte, ehe er mich konsultierte, die Osterferien zu Hause verlebt und ohne irgendwelche Vorsicht mit seinen Eltern und Geschwistern dieselben Bürsten und Kämme gebraucht. Einige Monate nach Schlufs der Ferien führte er mir seine Mutter, einen Bruder und eine Schwester mit Alopecia areata zu.

In bezug auf die Gruppe der Alopecia areata contagiosa teile ich noch mit, dafs ich in den 92 Fällen, in denen ich die Haare und Schuppen genau mikroskopisch untersuchte, kein einziges Mal einen bestimmten pathogenen Parasiten gefunden habe. Einmal fand ich in Haarstümpfen kleine Körner, die man für Mikrokokken halten konnte, wie sie Robinson beschrieben hat. Nach hinreichender Prüfung aber glaube ich, dafs es Ehrlichsche Mastzellen oder Eiterkörperchen waren. Ich habe auch 10 Meerschweinchen, 6 Kaninchen, 2 Hunde und 5 Katzen mit Haaren und Epidermisschuppen aus der Alopeciestelle geimpft, jedoch ohne Erfolg.

Also von 142 Fällen von Alopecia areata waren genau beobachtet 92. Davon waren 36 Fälle nervösen Ursprungs (peladoïdes trophoneurotiques), 35 Fälle, wo die nervöse oder kontagiöse Natur nicht festgestellt werden konnte, 21 Fälle, wo die kontagiöse Natur nicht zweifelhaft sein konnte.

Was folgt daraus? Einfach, dafs, wie ich schon seit 1884 und mit Besnier, Lailler und Vidal gelehrt habe, es kontagiöse und nervöse Alopecia areata gibt.

Bis jetzt ist, wie ich glaube, noch nicht eine klinische Unterscheidung zwischen beiden gemacht worden. Was die Prophylaxis anbetrifft, so sind die Mafsregeln klar. Jeden Alopeciekranken zu isolieren, ist zu streng, da die Ursache in den Nerven liegen kann, aber wenn man erkannt hat, dafs es sich um Alopecia areata contagiosa handelt, dann mufs man strenge vorgehen, wie Hardy es fordert. So habe ich es in Lille bis jetzt immer-

befolgt und bisher keinen Grund gehabt, es zu beklagen. Man müfste den Friseuren ein genaues Desinfektionsreglement geben und das Publikum zur Vorsicht mahnen.

Zur heutigen Therapie der Hautkrankheiten, von Prof. Massei. Roma, Forzani. 1886.

In dieser Arbeit betont Verf. die Wirksamkeit von gut bereiteten medizin. Seifen bei der Behandlung von gewissen Hautkrankheiten, und hebt die Wirksamkeit hervor der Kampferseifen (5 % des aktiv. Mittels gegen die pruriginösen Formen, der Naphtolseifen (15 %) gegen die Krätze, der Schwefelseifen (10 %) gegen die schuppigen Krankheitsformen, gegen die infiltrierten chronischen Ekzeme etc, der Salycilseifen gegen das Ekzem mit Hyperplasie, und gegen leichte parasitäre Formen, der Ichthyolseifen (10 %) gegen das schuppige Ekzem der Hände und der Füfse, der Sublimatseifen mit 1 % Sublimat gegen leichte parasitäre Formen und gegen Prurigo, mit 2 % Sublimat bei Gegenwart von Bimsteinpulver gegen Psoriasis, der Borseifen (Acid. bor. 3 %) gegen Akne, der Schwefel-Teerseifen gegen Scabies. Die eben angeführten Seifen sind von Tortis in Rom präpariert. Dann bespricht M. die guten Effekte der Seifen von Hebra, Unna, Oberländer, Schuster.

Die harten Seifen Tortis hat M. durch Olivenöl fetter und weich machen lassen, die ihm dann bessere Resultate ergaben. Er wendet sie in dieser Zubereitungsweise mit immer gröfserem Vertrauen an.

Wien. del Torre.

M. Höfler (Tölz). **Volksmedizin und Aberglaube in Oberbayerns Gegenwart und Vergangenheit.** München 1888. 241 Seiten.

Ein Buch, dafs eine Fülle kulturgeschichtlich interessanter Thatsachen geschmackvoll vorgetragen enthält. Der Arzt wird mit vielem Behagen darin lesen. Speziell für den Dermatologen findet sich auch manches Wissenswerte. Bezüglich der Synonymik der Hautkrankheiten:

Rotfeuer, Rotlauf	= Glockfeuer, Glochfeuer (mit Lohe zusammenhängend).
Herpes zoster, auch Erysipelas	= Antonifeuer, Antoniplag.
Karbunkel, Furunkel	= Bockstern, Bocksauge.
Eiterbläschen	= Eifs, Spitzeifs (althochdeutsch eiz von eit Feuer).
Masern, Knötchen	= Hitzwimmerl.
papillös	= zotzet.
intertrigo	= die Verwundung postreitender Leute (1768).
Ekzem	= Baumhackl.

Lepra althochdeutsch misalsuhti, d. h. minsalig, maserig geflekte Sucht. Lepröse, Sondersieche, Feldsieche, Ausgemärkte, Ausmärkinger (1455).

Das Gebiet der Therapie ist sehr ausführlich behandelt und für den, er dies speziell studieren will, im Original nachzulesen. Die Mittel zum rhalten eines guten Hautteints rangieren beim Volke als Mittel „zum chönwerden."

Was hätten nicht unsre Dermatologen zu thun, wenn sie für unser erschönerungssüchtiges schwächeres Geschlecht Mittel zum Schönwerden erschreiben könnten! Alle materielle Misère unsrer Kollegen wäre a Ende!

München. PAULY.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Dr. DU MESNIL, Assistenzarzt der Syphilidoklinik in Würzburg berichtet (*Münchener med. Wochenschrift.* No. 28) über einen **Fall von allgemeinem Merkurial-Exanthem**, der sich dem von LESSER veröffentlichten an die Seite stellt. Eine junge früher gesunde Dienstmagd wurde mit feuchten Papeln an den Geschlechtsteilen und den Stimmbändern, Heiserkeit und geschwollenen Cervical-, Kubital- und Inguinaldrüsen aufgenommen und mit täglichen Einreibungen von 3,0 grauer Salbe, die Papeln mit Kochsalzlösung und Kalomel behandelt. Bald zeigte sich ein distinktes, bis bohnengroſses quaddelförmiges Exanthem, das starkes Brennen verursachte, bei Unterbrechungen der Einreibung abblaſste und bei der Wiedervornahme derselben sofort und in heftigerem Grade erschien. DU MESNIL zieht nun folgende Schlüsse daraus: 1. daſs das Erythem nur infolge des Quecksilbergebrauches entstand; 2. daſs dasselbe den auf nervösen Ursprung beruhenden Hautausschlägen wie Herpes etc. zuzurechnen sei, weil es nicht an den Einreibungsstellen auftrat, sondern Ähnlichkeit mit Quaddel-Eruptionen und eine beinahe symmetrische Stellung auf beiden Körperhälften hatte, und 3. daſs deshalb der vorliegende Fall auf eine Intoxikation des Zentralnervensystems mit Hydrargyrum zurückgeführt werden müsse.

Beim mittelfränkischen Ärztetag zu Nürnberg hielt Dr. SCHILLING einen Vortrag über die **örtliche Behandlung des chronischen Blasenkatarrhs** und empfahl: a. die direkte Entfernung der ursächlichen Schädlichkeit durch die sogenannte THOMPSONsche Operation oder b. die indirekte Heilung nach chirurgischen Grundsätzen durch Drainierung der Blase, Ausspülung und Desinfektion.

Gegen den Blasenkatarrh selbst empfiehlt er bei ammoniakalischer Zersetzung und Eiterung in der Blase als Ausspülungsflüssigkeit Karbolsäure und Chloroformwasser 5 : 1000, bei schleimiger Cystitis Kochsalz-, Glaubersalz-

oder Kalkwasser, bei Geschwüren der Blase Höllensteinlösungen, bei Diphtherie der Blase Jodoformemulsion und Karbolsäure, gegen Tenesmus der Blase Kokaineinspritzungen.

Im ärztlichen Bezirksverein zu Erlangen gab W. Hofmann seine **Behandlung des eingewachsenen Nagels** mit Liq. ferri sesquichl. kund. Man reinigt das ganze Glied gehörig und desinfiziert mit Sublimatlösung, dann hebt man den Nagel etwas ab, bringt einige Tropfen des Liquors auf die kranke Stelle und läfst sie eintrocknen. Dasselbe geschieht am 2. und 3. Tage; sowie Eiterung eingetreten, versuche man mit einer Pinzette die hartgewordene Kruste über den Granulationen wegzuziehen und wende darauf den Liquor wieder an. So wird fortgefahren, bis der Hautwulst sich geebnet hat. Der morsch und bröckelig werdende Nagel kann bald schmerzlos entfernt werden.

Um Recidiven vorzubeugen, sind bei nachschiebendem Nagel feine Korkplättchen unter den Nagelfalz unterzuschieben. (*Münch. med. Wochenschrift.* No. 32.)

Nürnberg. Eckardt

Österreich.

Vierteljahresschrift f. Dermatologie und Syphilis. 1888. Heft 3.

Dr. Julian Markuse. **Über den jetzigen Stand der Syphilis- und Smegmabacillenfrage.** Verf. fafst das Ergebnis seiner eignen, recht zahlreichen und sorgfältigen Untersuchungen dahin zusammen:

Die Lustgartenschen Bacillen kommen nicht konstant in den Sekreten syphilitischer Produkte vor; sie finden sich allerdings in der Mehrzahl der Fälle, aber auch in völlig wechselndem Verhältnisse, in einzelnen Präparaten zahlreich, in andern desselben Falles gar nicht; ferner finden sich völlig identische in einzelnen nichtsyphilitischen Sekreten, und endlich kommen Bacillen, die wahrscheinlich eine Formverschiedenheit haben, ohne dafs es bisher gelungen wäre, genaue Merkmale der Differenzen anzugeben, im normalen Smegma vor.

Die Farbreaktion ist bei all den verschiedenen Gattungen, wie bei den wahrscheinlich in ihnen vorhandenen verschiedenen Arten dieselbe, nur ist ein diagnostisch verwertbarer Unterschied zwischen Smegma- und Lues-bacillen in der verschiedenen Resistenz gegen Säuren gefunden worden. (Nach Einwirkung von 33⅓ % Salpetersäure sind die in Anilinfuchsin gefärbten Syphilisbacillen nach 35—40 Sekunden entfärbt, resp. vollständig verschwunden, während die Smegmabacillen erst nach 2 Minuten verschwinden.) Eine Verwandtschaft der Smegma- zu den Tuberkelbacillen besteht auf Grund der Verschiedenheiten in der Form und der Entfärbbarkeit garnicht oder nur in sehr geringem Mafse.

Aus alle dem folgt, dafs die Identität der Smegma- mit den Syphilisbacillen nicht bewiesen ist, dafs es vorläufig aber auch nicht möglich ist, mit Bestimmtheit die LUSTGARTENschen Bacillen als den Träger des Syphilisgiftes anzusehen.

Aufgabe künftiger Forschungen wird es sein, ein neues Tinktionsverfahren zu finden, das spezifisch ist für die Bacillen der Syphilis und aus der mannigfaltigen Fülle der bisher gefundenen Mikroorganismen das eigentliche Virus übrig läfst, denn, und damit schliefst sich Verf. voll und ganz den Ausführungen DOUTRELEPONTS an, „das Vorkommen der Bacillen bei Syphilis aller Stadien, sowie ihre häufige charakteristische Gruppierung sprechen dafür, dafs dieselben mit Syphilis in irgend welchem Zusammenhange stehen.

Dr. ANTON ELSENBERG, Primararzt der Abteilung für Syphilis- und Hautkrankheiten im Israelitenhospital zu Warschau. **Über einen Fall von Urticaria pigmentosa.** Verf. teilt einen von ihm seit zwei Jahren beobachteten Fall der oben erwähnten Affektion nebst dem mikroskopischen Befunde an exzidierten Hautstücken mit.

An besonderen Eigentümlichkeiten bietet der Fall nur das, dafs die Pigmentation stellenweise eine besonders ausgedehnte ist. „Der ganze Rücken, wo der Ausschlag zuerst entstanden, und wo derselbe am stärksten ist, zeigt eine vollständig braune Verfärbung, auf der Brust und am Bauche ist sehr wenig gesunde Haut zurückgeblieben; dieselbe tritt in Gestalt von weifsen Flecken auf einem braunen Grunde auf. Dasselbe sieht man auf der Haut des Gesichts, des Kopfes und des Halses."

Verf. führt dann die Ansichten der verschiedenen Autoren über die Natur des Leidens und die mikroskopischen Befunde derselben an; er schliefst sich der Ansicht UNNAS an, dafs der „Pomphus ein Knötchen sei, welches aus Mastzellen bestehe"; auch den Begriff des „elastischen Ödems" UNNAS acceptiert er. Ebenso schliefst er sich der Erklärung desselben Autors für die Entstehung der Pomphi aus einem Krampf der Hautvenen an.

Therapeutisch haben ihn die bis jetzt gebräuchlichen Mittel im Stich gelassen (Natr. salicyl., Arsenik). Verf. reichte dem Patienten (einem 2 Jahre alten Kinde) Atropin $^1/_{140}$ g pro die in zwei Dosen in wässeriger Lösung — und zwar mit „staunenswertem Erfolge." Es bildeten sich sehr wenig Pomphi und das Jucken liefs nach.

Dr. HARTTUNG, Assistent der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilis des Prof. NEISSER in Breslau. **Die Verwendung des Oleum cinereum benzoatum (Neisser) zur Syphilisbehandlung.** H. machte auf Vorschlag NEISSERS Versuche mit dem LANGschen „grauen Öl" (*Wien. med. Wochenschr.* Quecksilbertherapie. 1884—1886), 5 Tle. Hg depurat., 2,5 Axung. porci und seb. ovil. nach Vermengung mit $1^1/_2$ der Menge reinem Olivenöl, jedoch mit der Veränderung, dafs erstens das (ranzig

werdende) Fett aus der Mischung fortgelassen und zweitens zur möglichst freien und gleichmäfsigen Verteilung des regulinischen Quecksilbers die Lebeufsche Methode angewandt wurde, so dafs die Neisserache Formel lautet: 20 Tle. metallisches Quecksilber werden mit 5 Tln. Benzoëäther (Äther sulfur. 40,0, Benzoës 20,0, Ol. amygdal. dulc. 5,0, solv. filtr.) verrieben bis zur völligen Verdunstung des Äthers, dazu 40 Tle. Paraffini liquid. purissimi.

Anfänglich wurden 0,25 in achttägigen Zwischenräumen, später höhere Dosen, 12 mal 0,25 ccm, alle acht Tage zweimal ½ Spritze gereicht.

Abscesse wurden nicht beobachtet, Infiltrate sehr unbedeutend; bei genauer Untersuchung finden sich stets in der Tiefe (Glutäal-) Muskulatur deutliche, von der eines Kirschkerns bis eventuell zur Gröfse einer Haselnufs gehende derbe Schwellungen. Störungen des Allgemeinbefindens bleiben aus; Stomatitiden wurden nicht vermieden.

Im Urin war Hg schon am dritten Tage und einmal noch 3½ Monate nach der letzten Einspritzung von zweimal 0,25 ccm von Ol. ciner. nachzuweisen.

Meist waren nur 6 Injektionen à 0,25 nötig, um die Erscheinungen zum Schwinden zu bringen, jedoch ist die Wirkung lange nicht so akut, wie beim Kalomel; sie ähnelt mehr der der grauen Salbe. Verf. meint, man scheine im Ol. ciner. ein Präparat für „eine sichere, absolut schmerzlose und von jedweden sonstigen Unannehmlichkeiten freie Zwischenkur im Fournierschen Sinne“ zu haben.

Betreffs der physiologischen und anatomischen Einzelheiten mufs auf Original verwiesen werden.

Dr. A. Elsenberg, Warschau. **Über einen Fall von Ekzema madidans kompliziert mit septischer Infektion.** Bei einem Patienten mit gonorrhoischer Epidydimitis war durch Einreibung von grauer Salbe ein Ekzema madidans et pustulosum der Haut des Bauches bis zum Nabel, der Inguinalgegenden, der inneren und vorderen Flächen der Oberschenkel, des Penis und des Skrotums entstanden. Unter geeigneter Behandlung besserte sich dasselbe; es blieb nur eine vereiterte Lymphdrüse zurück, die gespalten und mit Sublimatspülungen und -gaze behandelt wurde. Hierdurch aufs neue Auftreten des Ekzems. Während nun die Wundhöhle sich reinigt und gut granuliert, bekommt Patient plötzlich Zeichen septischer Infektion, namentlich in der „subskapularen und rechten Inguinalgegend die Haut gerötet, teigig und schmerzhaft, das Unterhautzellgewebe ödematös; in derselben Gegend der Perkussionsschall stark gedämpft“ und Zeichen von Pleuritis und Bronchitis.

Bei der Sektion zeigen sich alle Symptome septischer Infektion. Durch Züchtung liefs sich in den erkrankten Organen der Staphylococcus *albus* nachweisen. Verf. meint, dafs der Parasit ebenso wie von der Hautoberfläche zu den Lymphdrüsen, so auch von der Haut in den Kreislauf gelangen könne. Dafür sprechen zwei Umstände: 1. dafs die nach der Entleerung

des Lymphdrüsenabscesses entstandene Höhle von gesunden Granulationen erfüllt war und nirgends ein Zerfall der Granulationen, auch keine Verbreitung der Eiterung konstatiert werden konnte, und 2. dafs infolge der Sublimatverbände der Ausschlag sich bedeutend verschlechtert hat und die Haut abermals auf eine grofse Strecke der Epidermis beraubte und leicht blutende Flächen bildete, welche verschiedene Körper und somit auch Parasiten zu resorbieren im hohen Grade fähig wurde.

Prof. H. Köbner in Berlin. Nach einer Krankenvorstellung in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 23. März 1887. **Xanthoma multiplex, entwickelt aus Naevis vasculoso-pigmentosis.** (Mit einer Tafel.) K. teilt sehr ausführlich einen Fall der angegebenen Affektion mit. Wir heben aus dem Status folgendes hervor:

Besonders um die rechte, weniger um die linke Achselhöhle herum zeigen sich flach erhabene, meistenteils beetartig geordnete Geschwülste von bräunlichroter bis violetter Farbe, welche mit vielen gelblichen Erhabenheiten gesprenkelt sind; gegen die Peripherie nehmen die Geschwülste allmählich ab, hören auf erhaben zu sein; es zeigen sich hier nur noch violett- oder braunrote, kleine, flache, Angiomen ähnliche Flecke.

An den Augenlidern keinerlei Andeutung von Xanthomen. Auch das Zahnfleisch und die Lippen- und Mundschleimhaut normal. Kein Diabetes; Icterus war nie vorhanden.

Eigentümlich war, dafs sowohl bei einer früher vorgenommenen Exzision, als auch bei den von K. vorgenommenen die Exzisionswunden keine Tendenz zur prima intensio zeigten.

Zur anatomischen Untersuchung wurden gewählt:

1. Flache, Angiomen ähnliche Flecke;

2. Ein kleines, einem kaum prominierenden Angiomköpfchen ähnliches Knötchen.

3. Ein bohnengrofses Knötchen.

Bezüglich der sehr ausführlichen anatomischen Details mufs auf das Original verwiesen werden.

Was die Anordnung und Lokalisation der Knötchen angeht, so meint Verf., dafs für die mögliche primäre Beteiligung der Nervenzweigungen an derselben mehrere Momente sprechen, welche „dieselbe in Ermangelung eines sicheren anatomischen Nachweises wenigstens sehr wahrscheinlich machen. Das wichtigste Moment ist ein topographisch anatomisches, das genaue Zusammenfallen resp. Beschränktsein sämtlicher Flecke etc. mit bestimmten in bezug auf ihre Grenzen mit bekannter Klassizität von Chr. Aug. Voigt festgestellten Nerventerritorien . . . . "

Ferner ist Verf. der Ansicht, dafs die „histologischen und histogenetischen Ergebnisse, eine prinzipielle für die Entstehungsgeschichte des Xanthoms wichtige Beachtung verdienen."

„Durch die" (aus der eingehehenden Einzeldarstellung ersichtliche) „histogenetische Ableitung der Xanthomknoten wird zum erstenmal ein

unmittelbarer anatomischer Beweis für die Richtigkeit derjenigen Hypothese erbracht, welche die Entstehung des Xanthoms überhaupt aus kongenitalen, aus der embryonalen Zeit an den verschiedensten Stellen der Haut (und andrer Organe) persistierenden resp. von WALDEYER (bei Erwachsenen) nachgewiesenen und Plasmazellen genannten Bindegewebszellen, den „Fettbildungszellen" von TOLDT ableitet."

Im Anhang teilt Verf. noch einen Fall mit von:

Xanthoma multiplex planum, tuberosum et mollusciforme pendulum. Der Patient war nie ikterisch, litt nicht an Diabetes. Sein Vater hatte X. palpebrarum gehabt.

Bei ihm fanden sich X.: An den Augenlidern, Nase, Naseneingang, am Halse, am linken Oberarm (5), am rechten Oberarm (1), in dessen Nähe ein Nävus spilus; in beiden volae manus (rechts fünfundzwanzig, links zehn); am Scrotum.

Ferner fanden sich Molluscen: am Halse (zahlreiche kleine, wie leere Beutel sich anfühlende); am linken Oberschenkel.

Am rechten Oberschenkel 3 Knötchen: der oberste ein reines dünnes Molluscum, der zweite und dritte enthält drei derbe Xanthomknötchen, ein viertes sitzt als deutliches, halbfünfpfennigbreites Xanthom auf.

„Am rechten Knie eine dreimarkstückgroſse, fibrös — etwa wie ein komprimierter Filzdeckel — harte, mehrere eingesprengte erbsengroſse, zum Teil hellgelbe Knoten enthaltende, sonst rosafarbige, mit einigen feinen Venen bedeckte, ca. 1/2 bis 3/4 cm dicke, am Rande hie und da zackig eingezogene, platte pilzförmige Scheibe, welche an einem breiten kurzen derben Stiel aufsitzt und daran nur wenig seitlich verschieblich ist." Auſserdem fanden sich am Halse Pigment-Naevi.

Verf. erscheint der Fall interessant wegen der Reichlichkeit andrer embryonaler Geschwulstanlagen und der direkten Kombination und teilweise sichtbaren Entstehung aus Pigmentnaevi und Molluscen nach Art der Mischgeschwülste von CHAMBARD und TOUTON. BESNIER führte den richtigen Namen: „X. en tumeur" ein, der in den Lehrbüchern wieder mit X. tuberosum verschmolzen wird.

Verf. schlägt vor, sie alle unter dem Namen X. mollusciforme (seu molluscoïdes) ev. mit dem Zusatz pendulum zusammenzufassen, wenn man nicht TOUTONS Bezeichnung: Fibroxanthoma (resp. pendulum) wählen will.

Hamburg. VON DÜRING.

Über sehr gute Erfolge mit einem von ihm angegebenen, neuen Präparat, dem **Jodoformium bituminatum**, berichtet Dozent J. EHRMANN, Assistent an Prof. NEUMANNS Klinik in Wien. (*Centralbl. für die ges. Therapie.* 1888. Juliheft.) Das Präparat, ein „glimmerähnlicher Körper", in dem die Teilchen von Teer und Jodoform so innig untereinander *gemischt* sind, daſs man unter dem Mikroskop nur hyaline Tafeln sieht und die

charakteristischen Kristalle des Jodoforms garnicht oder nur undeutlich wahrgenommen werden, wird von der Handlung von Hell in Troppau hergestellt. Preis wenig höher als der des Jodoforms. Der Geruch des Jodoforms ist fast völlig verdeckt; nur bei grofsen Wassermengen stellt er sich ein. Sonst fast ganz geruchlos; ein „leichtwürziger" Geruch, um mit Ehrmann zu reden. E. hat Jod. bit. bisher angewendet: 1. bei weichen Geschwüren, besonders bei denen, die zur Gangräneszenz tendierten (phagadänischen), war es stets von besserer und sichererer Wirkung als das reine Jodoform, das hier nicht ausreichte; 2. bei Eröffnung suppurierender und Exstirpation strumöser Leistenbubonen; 3. bei gummösen und 4. bei Fufsgeschwüren. In jenen Fällen, wo das reine Jodoform wegen Ekzem nicht angewendet werden konnte, hat sich Jod. bitum. stets bewährt. E. hat regelmäfsig Kontrollversuche gemacht und ist, wenn das Aussehen der Geschwürsfläche sich besserte, zum reinen Jodoform zurückgekehrt, bei dessen Gebrauch Erythem oder Ekzem regelmäfsig bei den betreffenden Individuen wiederkehrte, um bei Jod. bit. ganz zu weichen. Instruktive Krankengeschichten von im Hospital behandelten Fällen erläutern dies. Unter den 22 Fällen, bei denen E. das Jod. bit. anwandte, sind nur 2 Fälle von Ulc. cruris. Er fordert daher die Kollegen auf, es besonders in vernachlässigten Fällen mit übelriechendem reichlichen Sekret und grofsen Substanzverlusten zu versuchen. — E. trägt das pulverisierte Jodof. bitumin. mit einem Pinsel auf, legt darüber eine dünne Schicht Brunssche Watte und darüber den gewöhnlichen Verband. Wechsel alle 24—48 Stunden; wo Urin die Ulc. mollia benetzt oder bei sehr starker Eiterung Verbandwechsel zweimal täglich.

Hell in Troppau stellt auch eine mit Jodof. bitum. getränkte Gaze her, die zwar nicht geruchlos ist, aber sonst sich bewährt hat.

Diese Kombination von Jodoform mit Teer scheint eine glückliche zu sein.

München. Pauly.

Über doppelte Harnröhre und angeborene Penisfistel, von Primärarzt Dr. Joseph Englisch in Wien. (*Wiener Mediz. Presse.* No. 27 und 28.) Englisch läfst als doppelte Harnröhre nur die Kanäle gelten, welche in die Blase führen, und unterscheidet daher:

a. die eigentliche doppelte Harnröhre, von welcher bis jetzt blofs 3 Fälle und diese stets in Gesellschaft von Mifsbildungen mit 2 Penis beobachtet seien;

b. die Form, bei der sich neben der normalen Harnröhre am Rücken des Penis ein zweiter Kanal findet, dessen vordere Öffnung bald hinter der corona glandis, bald weiter zurück liegt und welcher blindsackförmig in der Nähe der Schambeinfuge endet. Diese Form erklärte Luschka als den

Ausführungsgang eines abnorm gelegenen Vorsteherlappens, KLEBS als eine geheilte Epispadie, und ENGLISCH bezeichnet sie als angeborene Penisfistel;

c. die dritte Form der fälschlich als doppelte Harnröhre bezeichneten Anomalien seien Gänge, welche parallel der Harnröhre verlaufen und von ihr nur durch eine dünne Schicht getrennt werden, und die man wieder in 2 Unterarten scheide, je nachdem die Harnröhre normal gebildet oder eine Hypospadie vorhanden ist.

Kreisarzt Dr. LEOPOLD GLÜCK gibt (*Wiener mediz. Presse.* No. 27 u. 28) Beiträge zur Kenntnis der **Syphilis in Bosnien und der Herzegovina.** Nach seinen Forschungen war die Syphilis in diesen Ländern vor den dreifsiger Jahren unsers Jahrhunderts nur wenig gekannt und wurde wahrscheinlich erst 1832 durch das Heer MAHMUT Paschas, der zur Bekämpfung des Aufstandes eingerückt war, eingeschleppt. Jetzt seien einzelne Teile des Okkupationsgebietes sehr stark von Syphilis heimgesucht, und zwar beruhe diese Verbreitung nicht sowohl auf Unmoralität der Bevölkerung, als vielmehr auf unmittelbarer Infektion, indem die Reinhaltung der Efsgeschirre und Cibuks, die tagelang ungewaschen von Mund zu Mund kreisen, alles zu wünschen übrig lasse. Zur Illustrierung dieser Ansicht führt er aus einer Reihe von Beobachtungen mehrere Fälle von mittelbarer Infektion durch den Gebrauch desselben Rasiermessers, Efslöffels etc. an.

Nürnberg. ECKART.

Dänemark.

R. BERGH hat seinen Hospitalbericht für 1887 ausgegeben. Das „Vestre Hospital" ist nur für Prostituierte bestimmt und besteht aus zwei Abteilungen. Die erste, für regelmäfsig zweimal wöchentlich visitierte öffentliche Dirnen, hat 80 Plätze, die zweite, für die geheime Prostitution, hat 132.

Eine strenge Trennung der syphilitischen und andern venerischen Patientinnen ist durchgeführt worden. Jede Kategorie hat nicht allein ihr eignes instrumentelles Armamentorium, sondern ganz verschiedene, anders geformte oder gefärbte Utensilien (Messer, Löffel, Gabeln, Gläser, Teller u. s. w.). Eine solche Trennung mufs als absolut notwendig angesehen werden, ist aber kaum in irgend einem andren Hospital in Europa so durchgeführt worden.

Unter den Resultaten, welche Verf. durch seine gewönliche, gründliche und eingehende Benutzung seines grofsen Materials erzielte, und welche teilweise ganz mit denen der früheren Jahresberichte übereinstimmen (cfr. d. Referate derselben in den früheren Jahrgängen der *Monatshefte*), möchten einige besonders hervorgehoben sein, so eine interessante Untersuchung.

welche zeigt, in welchen sozialen Schichten die Verführer dieser gefallenen Weiber zu finden sind. Es sind nicht vorwiegend die höheren Klassen, wie öfter angenommen wird; wenn die Mädchen den Männern der bessern Klassen anheimfallen, sind sie gewöhnlich schon verführt worden, und zwar von Männern aus ihrer eignen Klasse. Die im Hospital vorgenommenen Nachforschungen zeigten, dafs von 531 189 von Gesellen verschiedener Professionen verführt worden waren; von diesen waren die wohlgenährten Metzger (27) die feurigsten[1], dann die kräftigen Schmiede (25), während die Schuhmacher (6), Barbiere (2) und besonders die Schneider (3) in dieser Beziehung eine weniger hervortretende Rolle spielen. Nach den Gesellen folgen die Kontoristen (46), Bediente und Kutscher (30), Matrosen (28), Schiffskapitäne und Steuermänner (18), Kellner (18), Maschinisten (14), Handelsreisende (17), Verwalter (15), Arbeiter (15), Unteroffiziere (12), Musiker (9) und Kunstreiter (2). 3 waren in ganz jungem Alter von Knaben verführt worden, und verschiedene hatten sich vor der endlichen Defloration mit Knaben versucht. 13 ganz junge Individuen waren von ihnen ganz unbekannten Personen, welche sie zum ersten und letzten mal sahen, verführt worden; 17, die ganz jung verheiratet waren, hatten das Hymen ins Brautbett mitgebracht. Nach den öfters mit naivem Cynismus von 531 Individuen gemachten Mitteilungen sind 446 somit von Männern aus ihrer eignen Sphäre verführt worden, nur 85 wurden von Personen aus den mittleren und höheren sozialen Schichten defloriert. In einem Fall war ein Graf und Gutsbesitzer der Schuldige, in 20 Grofshändler, in 8 Ärzte, in 16 Landoffiziere, in 2 Seeoffiziere, in 15 Buchhalter, in 8 Schauspieler, in 6 Studenten, in 3 Gutsbesitzer, in 2 Pharmazeuten, in 2 Juristen und in 1 ein Dentist.[2]

Von diesen 531 Mädchen waren 6 schon in einem Alter von 10—13 Jahren verführt worden, 10 waren 14 Jahre, 48 — 15, 91 — 16, 112 — 17, 105 — 18, 46 — 19, 41 — 20, 28 — 21, 26 — 22, 8 — 23, 4 — 24, 2 — 25, 2 — 26, 2 — 28 Jahre alt. Am häufigsten waren sie im 17., dann im 18. und 16. Jahre gefallen.

Haslund, Bericht aus der venero-dermatologischen Abteilung des Kommmunehospitals für 1887. Ein kürzerer, hauptsächlich administrativer Bericht; von mehr allgemeinem Interesse dürfte die aus der Statistik ersichtliche bedeutende Zunahme der Häufigkeit der **Tinea trichophytina maculosa** sein. Schon 1886 war sie deutlich (mit 23 Fällen) und 1887 ist

---

[1] In Kopenhagen waren 1883 101 Metzgergesellen, 836 Schmiede, 872 Schneider, 1160 Schuhmachergesellen.

[2] Martineau (*La prostitution clandestine*. 1885. pag. 45—66) hat eine Untersuchung über 535 Fälle aus dem Hôpital Lourcine geliefert. Die grofse Zahl (107) von Verführungen durch zufällige, unbekannte Personen ist auffallend. Auch hier figurieren die Schneider nur mit 5, die Schuhmacher mit 7.

deren Zahl auf 43 gestiegen, 6 Fälle nicht mitgerechnet, wo die Krankheit als Komplikation mit venerischen Affektionen gefunden wurde. Die Kranken waren 24 mal Männer, 10 mal Weiber, 9 mal Knaben und 7 mal Mädchen.

[Auch in der Privatpraxis scheinen diese und andre mehr oder weniger sicher parasitäre Hautkrankheiten sich anzuhäufen.]

Kopenhagen. C. Pontoppidan.

Verschiedenes.

Die Gefahr der **Verbreitung der Tuberkulose durch unsre Stubenfliege** behandelte Dr. E. Hoffmann in einem in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde gehaltenen Vortrage, den wir wegen seiner Wichtigkeit auch für die Ätiologie des Lupus nach *D. Medizinal-Ztg.* wiedergeben.

In dem im Herbst 1887 von Professor Ranvier in einer Sitzung der Akademie der Wissenschaften zu Paris vorgelegten Bericht der DDr. Spillmann und Haushalter wurde dargethan, dafs unsre gewöhnliche Stubenfliege aus dem Auswurfe Tuberkulöser die Kochschen Tuberkelbacillen aufnimmt und sodann weiter verbreitet.

H. unternahm eine Nachprüfung dieser Beobachtung: In der fliegenreichen Wohnung eines an hochgradiger Tuberkulose verstorbenen Patienten, dessen Auswurf grofse Mengen Tuberkelbacillen enthalten hatte, fing sich H. 6 Fliegen und nahm dieselben lebend in seine Wohnung. In dem Darminhalte dieser Fliegen liefsen sich die Tuberkelbacillen in bald gröfseren, bald kleineren Mengen nachweisen. Ebenso enthielten die Ausleerungen der Fliegen, welche als unzählige Fliegenflecke die Wände jener Wohnung bedeckten, soweit sie untersucht wurden, bald mehr, bald weniger zahlreich die Tuberkelbacillen. Die Präparate gewann H. in der Weise, dafs er die verschiedensten Fliegenflecke vorsichtig mit einer Platinnadel von der Wand abhob und mit etwas Wasser auf Deckgläschen verrieb. In keinem so gewonnenen Präparate fehlten die Tuberkelbacillen. So oft H. die Fliegen in seiner Wohnung untersuchte, nie konnte er in ihrem Darminhalt oder in ihren Ausleerungen Bacillen nachweisen. Dagegen ergab die künstliche Fütterung anscheinend gesunder Fliegen mit dem Sputum Tuberkulöser sofort wieder ein positives Resultat. Unter einer Glocke aus Drahtgewebe gefangen gehaltene Fliegen mufsten sich zunächst 24 Stunden lang mit Zuckerwasser begnügen. Die während dieser Zeit entleerten Fäces sowie der Darminhalt einiger nun getöteten Fliegen erwiesen sich als bacillenfrei. Hierauf bekamen die Fliegen bacillenhaltiges Sputum zu fressen, und schon nach 24 Stunden enthielten die Ausleerungen oft ungeheure Mengen von Tuberkelbacillen, so dafs sie zuweilen den Eindruck von wirklichen Reinkulturen machten. Die Ausleerungen der Fliegen erfolgten sehr häufig, bildeten förmliche Häufchen und färbten sich grüngelb, so dafs sich H. der

Gedanke an einen Durchfall der Fliegen ganz von selbst aufdrängte. Jedenfalls ist der Genufs bacillenhaltigen Sputums den Fliegen verderblich; schon nach einigen Tagen der Fütterung begann ein grofses Sterben unter den Fliegen, und auch in dem geschilderten Krankenzimmer waren die Gasleuchter mit überaus zahlreichen Fliegenleichen bedeckt. Demnach bestätigte sich also die von den DDr. SPILLMANN und HAUSHALTER gemachte Beobachtung in ihrem ganzen Umfange.

Zur Beantwortung der Frage nach der Lebensfähigkeit der von den Fliegen verbreiteten Tuberkelbacillen diente nunmehr die Impfung in die vordere Augenkammer von Meerschweinchen (nach Angabe und Anleitung des Prof. NEELSEN im pathologischen Institut des Dresdener Stadtkrankenhauses). Von 5 Versuchen verliefen 4 resultatlos. Dagegen liefs ein am 8. Dezember 1887 mit Fliegendarm geimpftes Meerschweinchen Schritt für Schritt die Einwirkung der Tuberkelkelbacillen von dem geimpften linken Auge aus auf den ganzen Körper erkennen, und die von Prof. NEELSEN ausgeführte Sektion ergab Schwellung der Bronchialdrüsen und grofse Mengen frischer, kleiner Tuberkelknötchen in den Lungen, in der Leber und in der Milz. Die Frage nach der Lebensfähigkeit der durch die Fliegen verbreiteten Bacillen mufs also zunächst mit einem Ja beantwortet werden.

Hiernach führt Vortr. aus, wie die Fliegen durch Absetzen ihrer Fäces auf die Nahrungsmittel ihrerseits den Menschen infizieren können, und wie es darum geboten sei, auch diesem Punkte Aufmerksamkeit zu schenken; jedenfalls werde es sich empfehlen, den Auswurf Tuberkulöser nach wie vor auf das sorgfältigste beseitigen zu lassen und allen Fliegen in unsern Wohnräumen den Krieg zu erklären.

In der Sitzung vom 27. Mai v. J. der medizin. Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur berichtete NEISSER über einen analogen Fall von „**merkwürdigem Haarausfall** bei einer Hysterischen", wie ihn LEWINSKI (absichtliche Täuschung) im v. J. dieser Zeitschrift pag. 141 beschrieb.

Das **Öl der Hirsefrucht** hat P. KASSNER (Breslau) zum Gegenstand einer dankenswerten Untersuchung gemacht. Es enthält kein Glycerin, bis zu 96% freie Ölsäure und ist zu den sogenannten trocknenden Ölen, wie Leinöl, Mohnöl zu zählen. Gegen Brom und Jod ist sein Verhalten für den Dermatologen besonders interessant: Brom wurde von demselben unter lebhafter Erwärmung und schliefslich unter Entwickelung von BrH aufgenommen, das Jod gelang es, in chloroformhaltiger Lösung unter Zusatz von Quecksilberchlorid in das Hirseöl einzuführen. Jodzahl 130 (eventuell noch höher, da das benutzte Hirseöl bereits längere Zeit mit der Luft in Berührung gestanden hatte). (*Pharmac. Post.* 1888. 5. Februar.)

Eine bessere Bereitung der **Tinctura Jodi** — weniger mit Verlust verbunden und für die Augen des Arbeiters weniger irritierend — schlägt

A. B. Stevens in *The pharmac. Journ.* vor. Näheres in der *Pharmac. Post.* 1888. vom 5. Februar pag. 90 nachzulesen.

Aus von Nussbaums Klinik. Es gibt **Hautwunden**, die durch die schlechte Tendenz zu heilen eine wahre crux medicorum sind. Es braucht keine Dyskrasie, weder Syphilis, noch Skrofulose oder andres vorzuliegen. Zwei Mittel wirken bei leichteren Fällen: Ichthyol oder Resorcin. Bei schwereren mufs man mit dem Messer diese hahnenkammähnlichen Exkreszenzen exzidieren, um eine lineare, schöne Narbe zu bekommen. Man bekommt jedoch nur eine desto gröfsere, entstellendere Narbe. Wie Nussbaum nebst andern beobachtet hat, empfiehlt es sich, mit einem Rasiermesser oder Bistouri diese Exkreszenzen au niveau abzuschneiden und alle 3—4 Tage die neu sich bildende Epithelschicht abzuziehen. Dies mufs man eventuell bis zu zehn mal wiederholen. Wird auch die Narbe nicht schön, so wird sie doch viel besser.

Man erschwert sich die **Narkose** aufserordentlich, wenn man, bevor das Stadium der Toleranz eingetreten ist, den betreffenden Körperteil, an dem operiert werden soll, entblöfst oder berührt. Schon Chassaignac hat 1855 in seinem sehr wertvollen Werke über Chloroform darauf aufmerksam gemacht.

München. Pauly.

Versammlungen.

Programm

der

61. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1888 in Köln a. Rhein.

Montag, den 17. September:

Abends 8 Uhr: Gegenseitige Begrüfsung der Gäste im Kasino am Agustinerplatz.

Dienstag, den 18. September:

Vm. 9—12 Uhr: I. Allgemeine Sitzung im grofsen Gürzenich-Saale.
12½ „ Einführung und Bildung der Abteilungen.
Nm. 3—5 „ Sitzungen der Abteilungen.
5 „ Besuch der Flora-Ausstellung und Fest in der Flora.

Mittwoch, den 19. September:

Vm. 8—1 Uhr: Sitzungen der Abteilungen.
Nm. 2—5 „ Besichtigung der Krankenhäuser, des Hohenstaufenbades, der Wasserwerke, der Kanalisations-Einrichtungen, des Domschatzes und der Domkapelle.
6 „ Festessen im Gürzenich.

Donnerstag, den 20. September:

Vm. 9—1 Uhr: II. Allgemeine Sitzung.
Nm. 2—5 „ Sitzungen der Abteilungen.
5 „ Besuch des Zoologischen Gartens.
7 „ Festvorstellung im Theater.

Freitag, den 21. September:

Vm. 8—1 Uhr: } Sitzungen der Abteilungen.
Nm. 3—5 „ }
6 „ Fest auf der Marienburg.

Sonnabend, den 22. September:

Vm. 8—12 Uhr: III. Allgemeine Sitzung.
Nm. 3—6 „ Sitzungen der Abteilungen.
8 „ Festtrunk der Stadt Köln im grofsen Gürzenich-Saale.

Sonntag, den 23. September:

Vm. 9 Uhr: Ausflug zu Schiff nach dem Siebengebirge. Rückkunft abends 9 Uhr.

Die Sitzungen der Sektion für Dermatologie und Syphilis finden im Realgymnasium: Konferenzzimmer statt. Einführender ist Dr. Wolfs, Elisenstrafse 34; Schriftführer: Dr. Hahn, Mohrenstrafse, und Dr. Mohr, Blaubach.

Die Anschreiben, die auf die Abteilungen Bezug haben, gehen an die Herren Abteilungs-Einführenden; alle die Ausstellung betreffenden Korrespondenzen beliebe man an den Sekretär des Ausstellungs-Ausschusses, Herrn Dr. phil. Eltzbacher in Köln, unter Sachsenhausen 9, zu senden.

Die Vorausbestellung von Legitimationskarten kann seitens der auswärtigen Mitglieder gegen Einsendung von 12 Mark für die Mitgliedkarte und 6 Mark für die Damenkarte an den Vorsitzenden des Finanzausschusses, Herrn Banquier Moritz Seligmann, Kasinostrafse 12 und 14, erfolgen.

Vom 1. bis 12. September wird das Anmelde- und Auskunftsbureau die Mitglieder- und Teilnehmerkarten und, wenn erwünscht, auch die Karten für das Festessen am 19. September, letztere zum Preise von 5 Mark, gegen Einsendung des Betrages übermitteln.

Vorausbestellung der Wohnung ist den Mitgliedern und Teilnehmern der Versammlung dringend zu empfehlen.

Das freundliche Entgegenkommen des Herrn Th. Deichmann hat es möglich gemacht, alle Geschäftslokale in unmittelbare Nähe des Zentralbahnhofes, Bahnhofstrafse 6, zu legen. Dort befinden sich die Bureaux des Empfangs-, Wohnungs- und Auskunfts-Ausschusses. Dieselben sind vom 15. September ab von 8 Uhr morgens bis 8 Uhr abends geöffnet.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

PAGET. *The morton lecture on cancer and cancerous diseases.* London 1887. LONGMANNS, GREEN & Co.

GLEITSMANN. *Zweiter Jahresbericht der Halsabteilung des deutschen Dispensary in New York.* (New York. med. Presse. 1887. April.)

LÜBBERT. *Die α-Oxynaphtoësäure.* Aus dem bakteriolog. Laborat. der Dresdener Albertstadt.

PERIER u. PATEIN. *Du Salol ou Salicylate de Phenyle pour remplacer l'Jodoform en Chirurgie.*

Transactions of the American Dermatological Association at the eleventh annual meeting.

PFEIFFER. *Beiträge zur Kenntnis der pathogenen Gregarinen.* I. Die Mikrosporidien u. die Fleckenkrankheit des Seidenspinners (Pebrine.) (Zeitschr. f. Hygiene. Bd. III. 1888.)

SCHEDE. *Zur Operation des Mastdarmkrebses.* (Deutsche med. Wochenschr. 1887. No. 48.)

— *Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Ileus.* (LANGENBECKS Archiv Bd. 36. Heft 3.)

BÉLA PILICZER. *Ausweis des öffentlichen Ambulatorium für Hautkranke und Syphilitische des* Dr. S. RÓNA *in Budapest.* (Orvosi Hetilap. 1888.)

GRIESBACH. *Das Metanilgelb. Weitere Untersuchungen über Azofarbstoffe behufs Tinktion menschlicher u. tierischer Gewebe und Erwägungen über die chemische Theorie der Färbung.* (Zeitschr. f. wissensch. Mikroskopie u. f. mikroskopische Technik. Bd. IV. 1887.)

ELLENBERGER u. HOFMEISTER. *Über die Oxynaphtoësäure u. ihre physiolog. Wirkungen.* (Deutsche Zeitschr. f. Tiermed. u. vergl. Pathologie. Bd. 13)

UNGER. *Spiritus saponatus u. Sapo kalinus.* (Apothekerztg. No. 14.)

ARONSOHN. *Über konträre Wirkung Fieber erregender u. Fieber hemmender Mittel.* (Deutsche med. Wochenschr. 1888. 3 u. 4.)

v. EISELSBERG. *Beiträge zur Impftuberkulose beim Menschen.* (Wien. med. Wochenschr.)

PALTAUF u. v. EISELSBERG. *Zur Ätiologie d. Rhinoskleroms.* (Fortschritte der Medizin.)

E. FRÄNKEL. *Über die Anatomie u. Ätiologie d. Stomatitis aphthosa.* (Centralbl. f. klin. Med.)

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg und Leipzig.
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 18. 15. September 1888.

Über doppelte Primärsyphilide à distance.

Beitrag zur Frage von der syphilitischen Autoinfektion.[1]

Von

Dr. A. Ohmann-Dumesnil
in St. Louis.

Die Frage von der Autoinfektion mit Syphilis hat während längerer Zeit ein fruchtbares Feld der Kontroverse abgegeben, welche wegen der dadurch veranlafsten Experimente und der mittels derselben erzielten Resultate als von gröfster Wichtigkeit anerkannt werden mufs. Nach einer Ruhepause von einigen Jahren ist dieselbe Frage, wenngleich in etwas veränderter Gestalt, wieder angeregt worden. Es ist aber auch eine weitere Aufklärung auf diesem Gebiete von der höchsten Bedeutung, schon aus dem Grunde, dafs mit der Feststellung der Möglichkeit der Autoinfektion während eines gewissen Zeitraumes unmittelbar der unleugbare Beweis erbracht ist, dafs die Krankheit zu dieser Periode noch scharf lokalisiert geblieben ist; dieser Umstand, dafs eine derartige Lokalisierung statt hat, würde ferner den Versuch, die Syphilis mittels frühzeitiger Exzision des Schankers und der mit demselben anatomisch zusammenhängenden Lymphzentren zu koupieren, rechtfertigen.

Die folgenden zwei Fälle bieten insofern Interesse dar, als sie in gewissen Beziehungen die Frage von der Autoinfektion berühren und Beispiele einer sonst nicht gerade häufigen klinischen Abart darstellen.

---

[1] Vortrag, gehalten vor der Sektion für Dermatologie und Syphilis der American Med. Association. Mai 9. 1888.

Fall I. Herr B., ca. 22 Jahre alt, hatte sich einen (harten) Schanker zugezogen, wegen dessen er sich unter die Behandlung von Dr. A. C. Bernays begab. Ich sah den Patienten um dieselbe Zeit. Den Zeitpunkt der Infektion konnte er nicht genau feststellen. Bei der Untersuchung fand sich ein wohl markierter Schanker auf der rechten Seite der Vorhaut. Induration war deutlich nachzuweisen, und es waren auch die Leistendrüsen auf dieser Seite induriert. Auf der Mitte der Unterlippe zeigte sich ein Geschwür in der Gröfse einer silbernen Halbdime von rundlicher, scharf umschriebener Gestalt, das einen kleinen Teil der Schleimhaut und den roten Rand der Lippe betraf. Die submaxillaren Lymphdrüsen waren beiderseits geschwollen und hart, was aber links besonders deutlich wahrzunehmen war. Die Induration war an diesem Geschwür ganz besonders markiert. Patient hatte schon länger an Rhagaden der Unterlippe gelitten, konnte sich nicht entsinnen, etwa nach Berührung des Geschwürs an der Vorhaut seine Finger an die Lippe gebracht zu haben, glaubte vielmehr das bestimmt in Abrede stellen zu können. Ungefähr zwei Monate später trat ein charakteristischer sekundärer Ausschlag mit gleichzeitigem Ausfallen der Haare auf. Beide Geschwüre heilten spontan und zu derselben Zeit bei gleichzeitigem Verschwinden der Verhärtung sowohl an den Geschwüren als auch an den Lymphdrüsen.

Fall II. Herr C. kam unter meiner Behandlung am 22. Dezbr. 1886. Es fanden sich zwei harte Schanker, von denen der eine auf der linken Seite der Präputialschleimhaut safs und sich bis auf den Rand derselben erstreckte. Dieses Geschwür war etwas gröfser als eine Silberdime und bot eine auf Berührung deutlich wahrnehmbare Induration dar. Desgleichen waren die Lymphdrüsen der linken Leiste verhärtet und vergröfsert. Der andre Schanker, an Umfang kaum so grofs wie eine Silberdime, safs auf der Mitte der Oberlippe. Die Induration bei diesem Geschwür war sehr ausgesprochen und hatte sogar zur teilweisen Ektropionierung der Lippe geführt. Die submaxillaren Lymphdrüsen zeigten Verhärtung, auf der linken Seite aber weniger als auf der rechten. Letztere jedoch zeigten auch deutliche Anschwellung. Auf Befragen stellte sich heraus, dafs die Oberlippe fast immer während des Winters rissig war, und namentlich dafs schon längere Zeit vorm Eintritt des Geschwürs Rhagaden bestanden hatten. Am 22. Februar 1887, also zwei Monate nach der ersten Konsultation, stellte sich ein fein papulöses Exanthem ein. Auf Gesicht, Rücken und Beinen fanden sich hier und dort verstreute Pusteln. Quecksilberbehandlung brachte dieselben in ca. 14 Tagen zum Verschwinden, jedoch dauerte es bis zum 12. März, ehe die Induration an den Geschwüren und den Lymphdrüsen völlig verschwand. Diese Restitutio ad integrum fand an beiden Stellen gleichzeitig statt. Auf Befragen erwies sich, dafs das Auftreten der beiden Geschwüre ebenfalls gleichzeitig stattgehabt hatte. So weit sich wenigstens Patient entsinnen konnte, hatten sie sich zu einer und derselben Periode eingestellt; doch hatte er naturgemäfs dem Geschwür

auf dem Präputium sorgsamere Aufmerksamkeit zugewandt, da er das andre blofs für ein gewöhnliches Geschwür hielt, das durch Reizung der vorher bestandenen Rhagaden entstanden sei.

Multiple harte Schanker sind freilich keineswegs selten. Sie kommen im Gegenteil, wenigstens nach den Statistiken von Forschern, welche viele Fälle von Syphilis sehen, ganz häufig zur Beobachtung. Natürlich ist im Vergleich mit der Hauptsumme der relative Prozentsatz nicht hoch; indessen kann man nicht viel Lues behandeln, ohne dafs einem das eine oder andre Mal solche Fälle begegnen. Dasselbe gilt von den extragenitalen Schankern, namentlich von Schankern der Lippe. Dagegen ist der soeben geschilderte Zustand entschieden kein ganz gewöhnlicher; vielmehr ist das gleichzeitige Vorhandensein von Primärsyphilid der Lippe und der Vorhaut am selben Individuum etwas höchst Seltenes. Während auf der einen Seite Plaques muqueuses an Genitalien und Mundhöhle ganz gewöhnlich zur gleichen Zeit auftreten, scheint es anderseits, als ob das Primärsyphilid nicht geneigt ist, so weit voneinander entfernte Teile, und auch nicht speziell gerade die genannten Stellen zu befallen. Gerade mit Bezug auf diesen Umstand sagt F. N. Otis [2] bei der Besprechung extragenitaler Primäraffektionen: „Dieselben (Schanker) nehmen an Häufigkeit ab in direktem Verhältnis zu der Entfernung von den Genitalien." Um wie viel seltener ist demnach ein solches Auftreten von multiplen Schankern in solcher Entfernung voneinander.

Es drängt sich nunmehr die interessante Frage auf, ob bei den oben geschilderten Fällen die Geschwüre thatsächlich gleichaltrig waren und durch dieselbe Infektion herbeigeführt wurden, oder ob eine Autoinfektion statt hatte. Naturgemäfs führt diese Betrachtung zur kritischen Untersuchung der Frage von der Autoinfektion mit Syphilis und der Erfolge, welche die bisherigen Versuche, die Wahrheit dieser Lehre zu begründen, aufzuweisen haben. Ohne diesen Gegenstand erschöpfend besprechen zu wollen, beabsichtige ich nur einige Punkte hervorzuheben und

---

[2] *Practical Clinical Lectures on Syphilis and the Genito-Urinary-Diseases.* 1886.

auf einige Umstände aufmerksam zu machen, die möglicherweise zu Irrtümern Anlafs geben können.

Bei den zwei Fällen, welche ich kurz skizziert habe, waren beide mal die Geschwüre an Lippe und Vorhaut meines Erachtens gleichen Datums und wurden (m. a. W.) zu gleicher Zeit aufgeimpft. Die Beweisgründe für die Berechtigung zu dieser Annahme stützen sich auf den Umstand erstens, dafs die Verhärtung an den Geschwüren und den Lymphdrüsen, soweit dieses festgestellt werden konnte, ungefähr gleichzeitig auftrat. Zweitens fand die Rückbildung der Induration an Lymphdrüsen und Schankern zu genau derselben Zeit statt. Während also der Eintritt derselben nicht ganz genau ermittelt werden konnte, wurde das gleichzeitige Verschwinden mit aller Sicherheit festgestellt, und zwar in beiden Fällen. Wenn also das zweite Geschwür durch Infektion vom andern aus entstanden wäre, so hätte man jedenfalls erwarten müssen, dafs die dabei entstehende Induration um den die Ausbildung der beiden Geschwüre trennenden Zeitabschnitt später sich einstellen und auch entsprechend später wieder verschwinden würde.

Wenden wir uns nunmehr zu den für die Möglichkeit der Autoinfektion beigebrachten Beweisen, um dann die Wahrscheinlichkeit derselben zu prüfen.

P. H. Morrow[2] sagt: „Das primäre Syphilid tritt als Einzelgeschwür auf, indessen sind multiple Läsionen keineswegs selten; dieselben finden sich dann entweder auf derselben Gegend gruppenweise zusammengedrängt, oder auch sie sind verstreut über verschiedene Teile des Körpers verteilt."

„Multiple Syphilide verdanken ihre Entstehung fast immer der gleichzeitigen Einimpfung einer entsprechenden Anzahl von Rissen oder Erosionen des Integuments; sie werden nicht durch aufeinanderfolgende Inokulationen hervorgerufen, wie dies beim weichen Schanker vorkommt."

„Dafs das Primärsyphilid nicht zu Autoinfektion Anlafs geben kann, ist ein Gesetz, das nur wenige Ausnahmen zuläfst; und diese wenigen sind nur dann möglich, wenn die Inokulation

---

[2] *Venereal Memoranda.* 1885.

sehr frühzeitig nach dem Erscheinen des ersten Schankers stattfindet; gewöhnlich entsteht als ganzes Resultat der zweiten Infektion nur eine abortive Pustel."

E. L. KEYES[4] vertritt ungefähr dieselbe Ansicht. Er sagt: „Wenn das Primärgeschwür noch ganz frisch ist, und zur Zeit, da vermutlich der Organismus noch nicht mit Syphilis durchseucht ist, läfst sich durch das dem eignen Schanker des Patienten entnommene Virus eine erfolgreiche Autoinokulation ausführen, wobei auf dem betreffenden Individuum ein zweites wohlcharakterisiertes Geschwür entsteht (PUCHE, WALLACE, SPERINO, BIDENKAP, LEE u. a.)."

In seinem jüngsten Werke[5] schreibt er folgendermafsen: „Es stellt sich demnach in praxi als Gesetz heraus, dafs Wiederimpfungen des Syphilisgiftes auf Patienten, welche bereits syphilitisch infiziert sind, keine Wirkung hervorrufen. Gelegentlich gelingt allerdings eine Auto- oder Heteroinfektion bei einem syphilitischen Patienten, falls die Erstinfektion (resp. Geschwür) noch sehr neuen Datums ist. Man ist vielleicht berechtigt, ein ausgiebigeres und konstanteres Resultat von Heteroinokulationen im späten Tertiärstadium der Krankheit zu erwarten. Denn sowohl zu dieser Zeit als im Anfang des Primärstadiums ist der Patient nicht völlig immun, indem während des Anfangstadiums der Organismus mit dem Gift der Syphilis noch nicht durchtränkt ist, anderseits dasselbe gegen das Ende wohl nur noch in minimalen Mengen vorhanden ist. In der zwischen diesen Perioden gelegenen Zeit gelingt es nur höchst selten, irgend eine Wirkung zu erzielen, obgleich sich ein reaktives Geschwür bei gewissen Individuen durch Einimpfung irgend eines beliebigen entzündlichen Eiters hervorrufen läfst, wie sich denn auch der (weiche) Schanker (Schankroid) in seiner vollen Stärke auf alle Organismen beliebig einimpfen läfst."

Bei BUMSTEAD und TAYLOR[6] wird gewissermafsen die Hauptfrage umgangen, wie aus dem folgenden Passus zu ersehen ist:

---

[4] *The Venereal Diseases including Stricture of the Male Urethra.* 1880.
[5] *The Surgical Diseases of the Genito-Urinary Organs including Syphilis.* 1888.
[6] *The Pathology and Treatement of Venereal Diseases.* 1883.

„Wenn sie (die harten Schanker) überhaupt multipel vorkommen, so bewährt sich fast in allen Fällen das Gesetz, dafs sie dann die direkten Folgen eines und desselben Kontagiums sind und durch gleichzeitige Infektion mehrerer Risse oder Abschürfungen des Integuments während des Koitus hervorgerufen wurden. Wo sie von vornherein als Einzelgeschwür auftreten, vermehren sie sich nicht weiter; nur ganz selten treten spätere Geschwürsbildungen in der Nachbarschaft auf, anders als beim weichen Schanker; dieses beruht darauf, dafs das Virus keine weitere Einwirkung auf einen einmal infizierten Organismus ausübt." —

Allerdings ist hiermit keine Antwort gegeben auf die Frage, wann wohl der Organismus infiziert ist oder (m. a. W.) wie lange eine Autoinfektion noch möglich ist, oder ob dieselbe überhaupt möglich ist.

Letzteres, die Möglichkeit der Autoinfektion von einer Primärsklerose aus, wird sogar überhaupt von einer Anzahl zuverlässiger Forscher sehr in Zweifel gezogen. Bei der Darlegung der Differentialdiagnose zwischen einfachem und syphilitischem Ulcus gibt Fournier als unterscheidendes Merkmal die Unmöglichkeit der Überimpfung mittels des Eiters bei letzterem an.

H. Leloir[7] sagt: „Das infizierende Geschwür läfst sich nicht auf dem betreffenden Patienten weiter impfen, was als ausnahmsloses Gesetz (une règle absolue) aufgestellt werden kann . . . . . dieses charakteristische Merkmal der Nichtüberimpfbarkeit des Primärgeschwürs ist von der gröfstmöglichen Wichtigkeit und darf sogar als pathognomonisch angesehen werden." In einer beigefügten Anmerkung sagt er noch, dafs in einigen Ausnahmefällen eine Autoinfektion gelungen zu sein scheint.

H. G. Piffard[8] bezeichnet das Primärsyphilid als in der Regel nicht weiter impfbar auf die damit behaftete Person ebenso wenig wie auf andre schon syphilitisch infizierte Individuen.

Berkeley Hill[9] äufsert sich bei Besprechung der Initialsklerose der Syphilis ebenfalls dahin, „dafs die Papula der Regel

[7] *Leçons sur la Syphilis.* 1886.
[8] *Materia medica and Therapeutics of the Skin.* 1881.
[9] *Syphilis and Local Contagious Disorders.* 1869.

nach einzeln auftritt. Wo sich deren mehrere vorfinden, sind sie sämtlich gleich alt", oder anders ausgedrückt, sie wurden alle zur selben Zeit aufgeimpft.

Alfred Cooper[10] erklärt in seiner Abhandlung über dieselbe Frage, dafs, falls mehrere harte Schanker bei derselben Person vorgefunden werden, dieselben aller Wahrscheinlichkeit nach bei einer und derselben Gelegenheit entstanden sind, denn ein derartiges Geschwür ist nicht als solches auf das damit behaftete Individuum einimpfbar.

Auch Jonathan Hutchinson[11] scheint der Lehre von der Autoinfektion keine grofse Hochschätzung entgegen zu bringen. Mit Bezug auf die multiplen harten Schanker sagt er: „Die Anzahl dieser Indurationen oder Schanker hängt davon ab, wie viele verschiedene Stellen zur nämlichen Zeit infiziert wurden, ebenso wie es sich mit Vaccine-Impfstellen verhält. Man hat nicht oft Gelegenheit mehr als ein Initialgeschwür zur Zeit zu sehen; wo zwei, drei oder mehrere am selben Patienten vorkommen, befinden sie sich sämtlich zu allen Zeiten im gleichen Stadium der Entwickelung. Niemals bilden sich nachträglich nach der völligen Ausbildung des ersten Geschwürs weitere neue Ulcera.[12] Wenn das Experiment gemacht würde durch direkte Impfung neue Schanker (harte) zu erzeugen, so würde der Versuch ebenso scheitern, als es unmöglich sein würde, ein Kind am achten Tage nach der Vaccineimpfung von seinen eignen Lymphpusteln aus zu impfen."

Obgleich also die Möglichkeit einer Selbstinfektion erwähnt wird, so stellt dieser Autor recht entschiedene negierende Behauptungen derselben entgegen.

Ich lasse noch ein Citat von P. A. Morrow[13] folgen, welches dahin lautet, „dafs die Non-Autoinokulabilität des Schankersekretes die Regel bildet, von der es nur wenige Ausnahmen gibt. Auch werden diese Ausnahmen nur dadurch ermöglicht,

---

[10] *Syphilis and Pseudosyphilis.* 1884.
[11] *Syphilis.* 1887.
[12] Es ist aber möglich, dafs einige seltene Ausnahmen von dieser Regel vorkommen. H.
[13] *Atlas of Venereal and Skin Diseases.* 1888.

dafs die Weiterimpfung sehr frühzeitig nach dem Eintritt des ersten Schankers geschieht. Die vier bis fünf beschriebenen Fälle, bei denen positive Resultate von der Autoinfektion erzielt wurden, sind in bezug auf ihre Zuverlässigkeit entschieden ungenügend; das fast ausnahmslose Resultat besteht in einer abortiven Pustel. Es läfst sich immer ein deutlicher Unterschied wahrnehmen zwischen dem spezifischen, serösen Sekret des Primärsyphilids und den entzündlichen Produkten dieser selben Affektion, wenn sie zu reichlicher Absonderung künstlich gereizt worden ist."

Ich will hiermit die Liste der Citate abschliefsen, obwohl ich noch eine ganze Reihe weiterer Beobachter, welche ähnliche Ansichten vertreten, anführen könnte. Wenn wir des Argumentierens halber einmal die Möglichkeit der Autoinfektion mit Syphilisgift zugeben wollen, so drängt sich uns zunächst die Frage auf: zu welcher Zeit hört die Empfänglichkeit für das Virus auf, d. h. wann ist die Syphilis konstitutionell?

Eine kurz gefafste Schilderung einiger weniger Fälle dürfte etwas Licht auf die Sache werfen. Alsdann möchte ich eine kritische Analyse von einigen der in der Litteratur vorhandenen Mitteilungen gelungener Autoinfektion geben.

Zunächst gestatten Sie mir, Ihre Aufmerksamkeit auf ein höchst interessantes und ebenso kurzes Resumé von Dr. E. L. Keyes[14] über diesen Gegenstand zu lenken. Bei dem einen Fall (sein eigner) wurde das Primärsyphilid exzidiert, bevor es 24 Stunden alt war, ohne dafs Induration sich eingestellt hatte, und doch war diese Behandlung nicht imstande das Eintreten konstitutioneller Symptome zu verhindern. In seiner Epikrise zu dieser Krankengeschichte sagt der Verfasser: „Ich halte diesen Fall für beherzigenswert, insofern als bei demselben die weitgehendsten Anforderungen zur Prüfung dieser noch sehr umstrittenen Frage, ob die Syphilis mit dem Auftreten des Schankers schon konstitutionell sei oder nicht, erfüllt sind.

Berkeley Hill[15] berichtet über folgenden Fall: Ein Mann

---

[14] *N.-Y. Med. Journal.* April 25. 1885.
[15] On Venereal Diseases. *N.-Y. Med. Journal.* 1868.

zog sich intra coitum eine Zerreifsung seines Frenulum penis zu; in weniger als 12 Stunden später wurde die Wunde mit rauchender Salpetersäure gründlich geätzt. Einen Monat später stellte sich konstitutionelle Syphilis ein.

H. Leloir[16] schildert ein analoges Vorkommnis: Ein Student der Medizin hatte sich einer Infektionsgefahr ausgesetzt, weswegen er seinen Penis fortwährend auf das Auftreten irgend welcher Anfänge eines Schankers hin beobachtete. Eines Nachts um 12 Uhr war noch nichts zu entdecken gewesen. Am folgenden Morgen nahm er eine Macula wahr, welche am selben Tage nachmittags um 2 Uhr mit einem ausgiebigen Schnitt exzidiert wurde. Wiederum wurde die Nutzlosigkeit dieser Therapie durch spätere allgemeine Syphilis glänzend bewiesen.

Barthélemy[17] hat einen unzweifelhaften Fall von indu-riertem Schanker mit Lymphdrüsenschwellung beobachtet, bei dem die Verhärtung am Geschwür drei Monate lang anhielt, diejenige der Drüsen vier Monate lang. Trotzdem keinerlei therapeutische Mafsregeln ergriffen wurden, hatten sich 18 Monate später noch keinerlei Allgemeinerscheinungen entwickelt. Verf. fragt nun mit Bezug hierauf: Falls ich das Geschwür exzidiert hätte, würde ich nicht zweifelsohne diese Abschwächung (?) der Krankheit diesem Verfahren zugeschrieben haben? — Er hätte allerdings ebenso gute Berechtigung gehabt zu der Frage: War dies überhaupt ein Fall von Lues?

Diday[18] hatte Gelegenheit einen syphilitischen Schanker 6 Stunden nach dem Entstehen zu kauterisieren. Das Resultat war ein negatives; denn obgleich das Ulcus in kurzer Zeit gut ausheilte, traten doch allgemeine Erscheinungen danach ein.

Zeissl[19] hat auch beobachtet, dafs die Exzision der indurierten Stelle das Entstehen von Sekundärsymptomen nicht verhindert; und Delpech hat, wie auch mehrere andre Forscher, wahrgenommen, dafs nach dem Exzidieren die Induration an

---

[16] *Progrès medical.* Aug. 15. 1885.
[17] *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* No. 4. 1885.
[18] *Annuaire de la Syphilis.* 1858.
[19] *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* No. 4. 1885.

der operierten Stelle wieder zum Vorschein kommt, sowie auch dafs sekundäre Veränderungen trotz dieser Mafsregel eintreten.

M. Krelling[20] berichtet ebenfalls bei einem von ihm behandelten Falle den Schanker, in anbetracht der nur geringen Beteiligung der Lymphdrüsen, exzidiert zu haben; indes sei das Verfahren durch die nachträgliche Entwickelung konstitutioneller Syphilis als zwecklos erwiesen worden.

Bockhart (Wiesbaden) stellte nach seinen Beobachtungen in einem vor dem Deutschen Kongrefs für klinische Medizin 1887 gehaltenen Vortrag über die „Exzision des Schankers“[21] den Satz auf, dafs das Herausschneiden von Schankern, welche zunächst in der Form von Papeln auftreten, ungeachtet der noch so frühzeitigen Vornahme der Operation, nie imstande ist, den Ausbruch der sekundären Syphilis zu verhindern. Ferner behauptet er, dafs in denjenigen Fällen, bei denen der harte Schanker auf einen weichen nachfolgt, mittels einer frühzeitigen Exzision die Allgemeinsymptome allerdings zurückgehalten werden können.

James Nevins Hyde[22] äufsert sich wie folgt: „Ein Schanker ist diejenige Läsion der gesunden oder pathologisch veränderten Haut oder Schleimhaut, welche nach einer vorherigen Inkubationsperiode auftritt, durch Sklerosierung und Lymphdrüsenaffektionen charakterisiert ist und das erste Symptom der dann *unvermeidlichen Syphilis*[23] darstellt.“

Bei einigen der soeben angeführten Fälle wurde also die Exstirpation der Initialsklerose so frühzeitig wie überhaupt möglich ausgeführt, und dennoch wurde kein positives Resultat erzielt. Vom klinischen Standpunkte aus müssen wir demnach den Schlufs ziehen, dafs in diesen Fällen das Leiden schon konstitutionell geworden war zur Zeit als der Schanker exzidiert wurde. Die betreffenden Geschwüre konnten nur als verdächtig bezeichnet werden, denn die zur Differentialdiagnoso erforderlichen Hauptmerkzeichen waren noch nicht eingetreten. Es hätte

---

[20] *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syphilis.* No. 1. 1888.
[21] Ebenda.
[22] *A Practical Treatise on Diseases of the Skin.* 2. Edit. 1888.
[23] Die Kursivschrift rührt von mir her. O. D.

also, wenn nach der Exzision eines dieser Geschwüre die Allgemeinerscheinungen ausgeblieben wären, geltend gemacht werden können, dafs der Beweis noch gebracht werden müfste, dafs wirklich eine syphilitische Initialsklerose vorgelegen hatte, was trotz der Infektionsgefahr und den Möglichkeiten für deren Bestehen noch immer nicht endgültig nachgewiesen worden wäre.

Wenden wir uns nunmehr einigen der berichteten Fälle von gelungener Autoinfektion zu, um sie kritisch zu analysieren. Wir greifen zunächst den von PONTOPPIDAN[24] geschilderten Fall heraus.

No. I betraf einen Patienten mit einem etwas indurierten Ulcus des Sulcus coronae. Impfung an drei Stellen des Abdomens ausgeführt. Am 11. Tage wurde eine geringe Infiltration der Basis wahrgenommen.

No. II. Infektion hatte vor 3 Wochen stattgefunden. Während der letzten 15 Tage Exkoriation auf Präputium und Ulcus im Sulcus coronae. Später stellte sich Sklerose um das Orificium urethrae ext. ein. Drei Impfungen auf dem Abdomen erschienen am 22. Tage als Papeln.

No. III. Infektion vor Monatsfrist. Sklerose im Sulcus coronae. Impfung entwickelte Papeln am 13. Tage.

No. IV. Vier Wochen alte Infektion. Auf Impfung folgten am 12. Tage erhabene, gerötete Stellen; am 19. Papeln und am 26. ein syphilitischer Ausschlag.

No. V. Infektion vor 12 Tagen. Inokulation am 4. Tage bemerkbar, am 11. gerötet und am 18. papulös.

HASLUND[25] hat fünf Fälle von multiplem, auf Autoinfektion beruhendem harten Schanker; dieselben sind, kurz resümiert folgende:

1. Oberflächliches Geschwür der Vorhaut in der Nähe des Frenulum. Dasselbe war nach 6 Tagen deutlich sklerosiert, desgl. die Leistendrüsen. Zwei Tage darauf wurde das Ulcus exzidiert. Zehn Tage später traten an einer durch das Ausreifsen einer Naht entstandenen kleinen Ulceration Indurationserschei-

---

[24] *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* No. 4. 1885.
[25] Ebenda. No. 6. 1887.

nungen auf, denen wenige Tage später eine ausgesprochen indurierte kleine Ulceration des Meatus urethrae folgte. Erst vier Wochen darauf entwickelte sich ein makulöses Syphiloderm.

2. Kleine Exkoriation des Frenulum. Keine Induration. Atzen mit Chromsäure und Verband mit Calciumchlorid. Fünf Tage später zeigte die Wunde sich als induriert. Nach weiteren zwei Tagen wurden zwei oberflächliche Erosionen bemerkt, von denen die eine auf der Innenfläche des Präputium, die andre auf dem Sulcus coronae safs. Nach Verlauf von ferneren drei Tagen zeigte sich Sklerosierung an dem einen dieser Geschwüre, und es trat dann auch ein neues Ulcus auf in der Mitte des Sulcus balano-praeputiale. Zehn Tage darauf fanden sich elf indurierte Geschwüre vor, denen ca. einen Monat später eine reichliche Aussaat von makulösen Syphiliden folgte. Ein Teil der Ulcera heilte mit Hinterlassung einer wohlcharakterisierten Induration.

3. Induriertes Ulcus auf der linken Seite des Sulcus coronae. Verdickung der Leistendrüsen linkerseits. Um zwei Tage später stellte sich ein sklerosiertes Geschwür auf der Innenseite der Vorhaut ein. Nach Monatsfrist Entwickelung von makulösen Syphiliden.

4. Ulcus durum des Sulcus coronae, ein wenig zur linken von der Medianlinie gelegen. Diesem war vor drei Tagen ein andres auf dem Vorhautteil des Sulcus coronae rechterseits vorhergegangen. Lymphdrüsenschwellung der betroffenen Seite. Im Verlauf von ca. 42 Tagen entwickelte sich ein papulöses Exanthem.

5. Auf dem rechten Labium majus zwei indurierte Schanker; zwei kleinere, ebenfalls indurierte Geschwüre befanden sich an der hinteren Kommissur und auf dem Perineum links von der Raphe. Drüsen beider Leistengegenden involviert und namentlich rechts in sehr typischer Weise. Diesen Geschwüren folgten fünf Tage später ein Ulcus durum der Innenseite des linken Labium minus. Nach zwanzig Tagen zeigte sich ein makulös syphilitischer Ausschlag.

Eine kritische Prüfung dieser Fälle führt uns zu der Überzeugung, dafs dieselben als absichtlich angepafste Fälle zu be-

trachten sind. MRACEK[26], der PONTOPPIDANS Fälle eingehend kritisiert hat, erklärt, dafs dieselben zum Beweise der Autoinfektiosität des Schankers nur wenig Gewicht besitzen. Fall No. I stellt eine Einimpfung mit Eiter und nachfolgende geringe Infiltration an den Impfstellen dar; bei No. II handelte es sich ebenfalls um Eitereinimpfung, auf welche am 37. Tage nach der Entwickelung des Ulcus Papeln sich einstellten; bei No. III sind die Angaben nicht ausführlich genug, es heifst da nur, dafs Papeln beobachtet wurden; bei Fall IV traten erhöhte, gerötete Stellen als erstes Resultat der Impfung auf; am 19. Tage wurden Papeln und acht Tage später ein syphilitischer Ausschlag beobachtet. Bei No. V war das Impfresultat sichtbar am 4. Tage und wurde papulös am 18. Wir vermissen ferner bei allen diesen Impfungen eine Schilderung von Initialsklerosen; Verfasser nimmt ohne weiteres an, dafs die an den Impfstellen wahrgenommenen Veränderungen eo ipso Schankergeschwüre sein müssen. Bei HASLUNDS Fällen ist auffällig, dafs die Lymphdrüsenschwellung sich regelmäfsig auf derselben Seite wie der primäre Schanker vorfindet (Fälle I, II, IV, V), und dafs bei Befallenwerden der entgegengesetzten Seite stets Allgemeinsymptome sich entwickelten; oder es fanden sich Anschwellungen an andern Teilen des Lymphsystems (Fälle No. I, III, IV). Bei diesen Fällen wird ebenfalls angenommen, dafs die Autoinfektion der Wirkung des Eiters zuzuschreiben ist.

Bei Betrachtung des Gesamteindrucks dieser Krankengeschichten wird man sich bei einiger Unparteilichkeit nicht verhehlen können, dals die geschilderten Beispiele den notwendigen Anforderungen nicht entsprechen, und dafs die ausgeführten Experimente keine zwingenden sind. Wir bemerken auch, dafs bei den beschriebenen erfolgreichen Fällen das Resultat bei der überwiegenden Mehrzahl derselben blofs in einem infiltrierten Geschwür besteht. Selbst wo eine anscheinende Induration Platz gegriffen hätte, findet sich keine entsprechende Schwellung der mit der künstlich erzeugten Verletzung anatomisch in Zusammenhang stehenden Lymphzentren, aufser

[26] *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syphilis.* No. 4. 1885.

wenn zu der betreffenden Zeit eine allgemeine Lymphdrüsenschwellung sich schon entwickelt hatte. Es darf ferner nicht vergessen werden, dafs alle Impfungen, besonders solche mit Eiter, an sich reizend wirken, und dafs wir es hierbei vielleicht mit der sogenannten „irritativen Sklerose" der Syphilis zu thun haben.

In Erwägung aller dieser Umstände scheint es mir gerechtfertigt, folgende Schlüsse als erwiesen zu betrachten:

1. Die Wahrscheinlichkeit der Autoinfektion bei frischer Syphilis bedarf noch des Beweises.

2. Obschon gewichtige indirekte Gründe dafür zu sprechen scheinen, kann man höchstens die Möglichkeit eines solchen Vorkommnisses zugeben.

3. Die exaktesten Experimente haben dargethan, dafs die Exzision des Primärsyphilids auch zu einer möglichst frühen Zeit sich als vergeblich erweist und ihren Zweck nicht erfüllt.

4. Bei multiplen Schankern à distance sind der Regel nach die Läsionen alle auf dieselbe Infektion zurückzuführen.

5. Bei multiplen Schankern verschiedenen Alters sind die jüngeren Läsionen wahrscheinlicherweise nur als irritative Sklerosen zu erachten.

6. Bisherige Experimente deuten darauf hin, dafs die Syphilis zur Zeit der Ausbildung der Initialsklerose bereits konstitutionell geworden ist.

Die Fortschritte der Hautanatomie in den letzten 5 Jahren.

Von

P. G. Unna.

II.

Die Struktur der unverhornten Oberhautzellen.

(Fortsetzung.)

B. Kernteilungsbilder und Regeneration der Stachelschicht.

Seit Flemmings bahnbrechenden Arbeiten im Anfange dieses Jahrzehnts ist ein ernstlicher Zweifel daran, dafs der gesamte

Nachwuchs der Oberhaut — wie der andrer geschichteter Epithelien — unter indirekter Kernteilung entsteht, nicht aufgetaucht. Wir verweisen in dieser Beziehung auf die in den *Monatsheften* 1884 (pag. 17 und 70) erschienene Übersicht: „Neuere Arbeiten über Kern- und Zellteilung."

Immerhin fehlte es noch an weiteren positiven Beobachtungen ebensowohl wie an der ferneren Durcharbeitung der Methode, die Mitosen überall leicht und sicher nachzuweisen. In beiden Richtungen verdanken wir wiederum FLEMMING und seinen Schülern fast alle einschlägige Arbeit.

In der Arbeit: Zur Kenntnis der Regeneration der Epidermis beim Säugetier (*Arch. f. mikr. Anat.* 1884. Bd. 23. pag. 148) studierte F. die zahlreichen Mitosen des Schweinsrüssels. Er fand sie stets in der untersten Epithellage und stets in kleinen Gruppen zusammen gelagert. Eine Verwechselung mit MERKELschen Tastzellen war absolut ausgeschlossen.

Im 24. Bande derselben Zeitschrift gibt F. in den „Studien über Regeneration der Gewebe" (pag. 50. 1885) genauere Angaben über die damals befolgte Methode des Nachweises. Ich gebe dieselben nach einer andren, speziell diesem Zwecke gewidmeten Abhandlung im ersten Bande der *Zeitschr. f. wissenschaftliche Mikroskopie* (pag. 349).

Die frischen Gewebsstücke (nicht über 0,5 cm dick) kommen in folgendes Gemisch:

1 % Chromsäure	15	Raumteile
2 % Osmiumsäure	4	„
Eisessig	1	„ oder weniger,

welches viel stärker ist als die früher von F. zu diesem Zweck angegebenen. Sie bleiben darin wenigstens 24 Stunden, besser 2—3 Tage, können aber auch Monate darin, belichtet und unbelichtet, verweilen. Nach Auswaschung unter der Leitung werden sie in Alkohol kurze Zeit nachgehärtet und unter Alkohol geschnitten. Die Schnitte werden in Wasser abgespült und etwa 1 Tag in starker Safranin- oder Gentianaviolettlösung oder in beiden successive gefärbt. Sodann kommen sie nach kurzer Abspülung in schwach (bis 0,5 %) mit HCl angesäuerten Alkohol, bis sie wenig oder keine Farbe mehr abgeben, dann in reinen

Alkohol, Nelkenöl und Balsam. Die Entfärbung in salzsaurem Alkohol ist nur für mit Osmiumsäure behandelte Präparate, wie diese, für den Mitosennachweis von Vorteil.

Während die ruhenden Kerngerüste nach dieser Methode blafs sind, werden in spezifischer Weise die Mitosen, die wahren Nukleolen, die elastischen Fasern (bräunlich-safraninrot) und die verhornte Wurzelscheide der Haare (licht-safraninrot) gefärbt. Die Mitosen drängen sich dadurch dem Auge leicht auf und sind schon bei 150facher Vergröfserung zu sehen. Das Hervortreten der Nukleolen bei dieser Methode, ebenso wie das der Mitosen, beruht auf dem Osmiumgehalt der Mischung.

In einer weiteren Arbeit: Über die Regeneration verschiedener Epithelien durch mitotische Zellteilung (*Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 24. pag. 371. 1885) teilt Flemming auch die Resultate an der Haut von Säugetieren mit, welche mit obiger Methode gefunden wurden. Am ausgewachsenen Kaninchen, Meerschweinchen, an Katzen fanden sich überall reichlich Mitosen. Aber stets, wie F. schon früher fand, in gruppierter Weise, so dafs man ein schubweises Auftreten annehmen mufs. Sie okkupieren nicht ganz allein die tiefste (Cylinder-) Zellenschicht, finden sich aber doch nur in den tiefsten Lagen der Stachelschicht. Die Teilungsachsen stehen meistens schräg.

Severin (Untersuchungen über das Mundepithel bei Säugetieren mit Bezug auf Verhornung, Regeneration und Art der Nervenendigung. *Arch. f. mikr. Anat.* 1885) fand beim Hund, Schwein, Kaninchen und der Katze Mitosen im Zungen- und Gaumenepithel, und zwar dort mehr wie hier und wiederum mehr an der Oberfläche der Zunge als an der Unterfläche. Das Meerschweinchen zeigte merkwürdiger Weise zahlreiche zweikernige Epithelzellen, die S. als unvollkommene Zellteilungen auffafst. Überall fand sich aber nur die indirekte Teilung der Zellen.

Da inzwischen auch, wo immer darauf geachtet wurde, unter pathologischen Verhältnissen die Regeneration der Oberhaut auf indirekter Teilung der untersten Zellen der Stachelschicht beruhte, so können wir heute mit ruhigem Gewissen diesen Teilungsmodus der Epithelzellen als denjenigen betrachten,

welcher normaler Weise allein vorkommt und auch unter pathologischen Verhältnissen eine ausgedehnte Rolle spielt, vielleicht sogar auch dann ausschliefslich den Nachwuchs des Epithels besorgt.

Damit entfällt die Notwendigkeit, die Teilung immer noch durch das anfangs sehr berechtigte Epitheton: indirekt, auszuzeichnen. Die Oberhautzellen teilen sich immer nach voraufgehender mitotischer Kernmetamorphose.

Weiterhin wissen wir durch die FLEMMINGschen Untersuchungen, deren Resultat mit dem meinen an Hautgeschwülsten durchaus übereinstimmt, dafs nur die untersten, dem Gefäfssystem nächsten Lagen des Epithels zu dieser Proliferation befähigt sind und dafs dieselbe schubweise umschriebene kleine Hautbezirke und abwechselnd verschiedene ergreift.

Ich schlage daher vor, den Namen Keimschicht, welchen FLEMMING der ganzen Stachelschicht beilegte, auf diese untersten, der Proliferation fähigen Lagen der Stachelschicht zu beschränken, da wir sehr häufig unter pathologischen Verhältnissen einerseits einen kurzen Namen für das gesamte Rete Malpighi (= Stachelschicht), anderseits einen speziellen für die proliferierende Zone desselben (= Keimschicht) nötig haben.

C. Keratohyalin, Eleidin und Beginn der Verhornung.

Die Übergangsschichten zwischen Stachel- und Hornschicht haben uns zuletzt in einer Übersicht: Über das Keratohyalin und seine Bedeutung für den Prozefs der Verhornung (Bd. I. Heft 10 dieser Zeitschrift. 1882) beschäftigt. Die nächste gröfsere Arbeit stammt von RANVIER und ist eine direkte Antwort auf die Resultate und Schlüsse von WALDEYER und mir. (De l'éléidine et de la répartition de cette substance dans la peau, la muqueuse buccale et la muqueuse oesophagienne des vertébrés. *Archives de Physiol.* 1884.)

Von den Fundorten, welche WALDEYER als neu für die Körnerzellen angegeben hatte, konnte RANVIER nur die Matrix des Haarmarks bestätigen. Dagegen suchte er sie vergebens in der Oberhaut, den Federn, dem Schnabel und der Mundschleimhaut der Vögel, und der Oberhaut und deren Anhängen bei den

Schlangen, Eidechsen und Fröschen. RANVIER kommt mithin zu dem Schlusse, dafs das „Eleidin“ nur bei den Säugetieren existiert; wenn die deutschen Histologen es anders gefunden haben, so rührt das offenbar von einer Änderung der Untersuchungsmethode her. RANVIER teilt nun seine Methode der Eleidendarstellung zum ersten mal in extenso mit, und in der That glauben auch wir, dafs die allzukurze Behandlung der Technik in RANVIERS erster Mitteilung die krassen Differenzen der Resultate hier und dort veranlafst hat.

Die Schnitte müssen kleinen Hautstücken entnommen werden, welche nur kurze Zeit (½—1 Tag) in Alkohol verweilt haben. Sie werden zuerst in Wasser gebracht und dann auf dem Objektträger mit einem Tropfen einer äufserst schwachen (etwa 1 ‰) Lösung des RANVIERschen Pikrokarminats bedeckt. Nach einigen Minuten ist das Eleidin, und nur dieses, gefärbt, was man bei schwacher Vergröfserung konstatiert; nun deckt man mit dem Deckglas und bringt einen Tropfen Glycerin an den Rand, der allmählich das Wasser des Präparats ersetzt.

Auch mittels der oben bereits besprochenen RANVIERschen Hämatoxylinlösung läfst sich das Eleidin nachweisen, aber *nicht* so gut und nur an Hautstücken, welche in MÜLLERscher Lösung oder doppeltchromsaurem Ammoniak, Gummi und Alkohol gehärtet sind.

Das Glycerin mufs vollständig neutral sein, ein geringer Zusatz von Essig- oder Ameisensäure genügt, um das Eleidin zu entfärben, falls man die Färbung nicht vorher durch 1 %ige Osmiumsäure fixiert hatte. Die Eleidinkörner (granulations d'éléidine) blähen sich unter dem Einflufs obiger Säuren rasch auf und verschwinden dann plötzlich. Auf diese Weise färbend gelangte RANVIER zum Nachweis des Eleidins in dem stratum lucidum, während LANGERHANS und ich es daselbst nicht gesehen haben und die Körner auf die 2—3 Zellenlagen der Körnerschicht beschränkt glaubten. RANVIER sagt von meiner Methode:

„La méthode qu'il a suivie, n'était pas assez bonne pour lui permettre de distinguer ces granulations d'autres granulations différentes, des granulations albuminoides par exemple,

qui se colorent également en rouge lorsqu' on emploie des solutions fortes de picrocarminate d'ammoniaque."

Hierin mag RANVIER recht haben und ich glaube bestimmt, ein andres Pikrokarmin verwandt zu haben wie er, wie denn im Jahre 1875 noch grofse Unklarheit darüber herrschte, was ein echtes RANVIERsches Pikrokarminat bedeutete. Aber dann schliefse ich weiter, dafs auch LANGERHANS, der nach RANVIERS Annahme „le picrocarminate d'ammoniaque" angewandt haben soll, dieses ebenfalls nicht gekannt hat. Denn sonst hätte er wohl die Eleidinkörner RANVIERS auch gesehen und nicht blofs, wie ich, die Körner des stratum granulosum. Auf diesen Punkt kommt viel an; wir werden noch sehen, dafs die ganze Uneinigkeit der Histologen lediglich auf den Gebrauch verschiedener Karminpräparate zurückzuführen ist.

Die Körner von RANVIER, die wir fortan zum Unterschiede von den Befunden deutscher Forscher allein Eleidintropfen nennen werden, sind flüssig; das zeigt sich schon dadurch, dafs beim Abheben des Deckglases viele an der Unterfläche desselben kleben bleiben. Ich kann nach mündlicher Unterredung mit RANVIER hinzufügen, dafs nach seiner Meinung erst im Moment des Anschneidens der basalen Hornschicht das bis dahin diffus in derselben infiltriert gewesene Eleidin in Form von gröfseren Tropfen (flaques) hervorquillt, welche meistens in ihrer Mitte noch eine oder mehrere ungefärbte Vakuolen einschliefsen. Diese roten Tropfen mit ihren Vakuolen liegen also lediglich auf der oberen und unteren Schnittfläche des Objektes und sind innerhalb der unberührten Substanz der basalen Hornschicht garnicht nachzuweisen.

Eine einzige derartige Angabe von seiten RANVIERS hätte genügt, um uns darüber aufzuklären, dafs wir vergeblich seine Eleidintropfen vorgebildet im Stratum lucidum suchen würden. WALDEYER und ich hielten fest an der Solidität der Körner und an deren Beschränkung auf das Stratum granulosum, gestützt auf Präparate, welche die auf der Oberfläche des Schnittes herausquellenden Eleidintropfen RANVIERS gar nicht zeigen konnten.

Aus dem einen Umstande, dafs nun die Eleidintropfen auf der Oberfläche des Schnittes im stratum lucidum und

der operierten Stelle wieder zum Vorschein kommt, sowie auch dafs sekundäre Veränderungen trotz dieser Mafsregel eintreten.

M. KRELLING[20] berichtet ebenfalls bei einem von ihm behandelten Falle den Schanker, in anbetracht der nur geringen Beteiligung der Lymphdrüsen, exzidiert zu haben; indes sei das Verfahren durch die nachträgliche Entwickelung konstitutioneller Syphilis als zwecklos erwiesen worden.

BOCKHART (Wiesbaden) stellte nach seinen Beobachtungen in einem vor dem Deutschen Kongrefs für klinische Medizin 1887 gehaltenen Vortrag über die „Exzision des Schankers“[21] den Satz auf, dafs das Herausschneiden von Schankern, welche zunächst in der Form von Papeln auftreten, ungeachtet der noch so frühzeitigen Vornahme der Operation, nie imstande ist, den Ausbruch der sekundären Syphilis zu verhindern. Ferner behauptet er, dafs in denjenigen Fällen, bei denen der harte Schanker auf einen weichen nachfolgt, mittels einer frühzeitigen Exzision die Allgemeinsymptome allerdings zurückgehalten werden können.

JAMES NEVINS HYDE[22] äufsert sich wie folgt: „Ein Schanker ist diejenige Läsion der gesunden oder pathologisch veränderten Haut oder Schleimhaut, welche nach einer vorherigen Inkubationsperiode auftritt, durch Sklerosierung und Lymphdrüsenaffektionen charakterisiert ist und das erste Symptom der dann *unvermeidlichen Syphilis*[23] darstellt.“

Bei einigen der soeben angeführten Fälle wurde also die Exstirpation der Initialsklerose so frühzeitig wie überhaupt möglich ausgeführt, und dennoch wurde kein positives Resultat erzielt. Vom klinischen Standpunkte aus müssen wir demnach den Schlufs ziehen, dafs in diesen Fällen das Leiden schon konstitutionell geworden war zur Zeit als der Schanker exzidiert wurde. Die betreffenden Geschwüre konnten nur als verdächtig bezeichnet werden, denn die zur Differentialdiagnose erforderlichen Hauptmerkzeichen waren noch nicht eingetreten. Es hätte

---

[20] *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syphilis.* No. 1. 1888.
[21] Ebenda.
[22] *A Practical Treatise on Diseases of the Skin.* 2. Edit. 1888.
[23] Die Kursivschrift rührt von mir her. O. D.

also, wenn nach der Exzision eines dieser Geschwüre die Allgemeinerscheinungen ausgeblieben wären, geltend gemacht werden können, dafs der Beweis noch gebracht werden müfste, dafs wirklich eine syphilitische Initialsklerose vorgelegen hatte, was trotz der Infektionsgefahr und den Möglichkeiten für deren Bestehen noch immer nicht endgültig nachgewiesen worden wäre.

Wenden wir uns nunmehr einigen der berichteten Fälle von gelungener Autoinfektion zu, um sie kritisch zu analysieren. Wir greifen zunächst den von PONTOPPIDAN[24] geschilderten Fall heraus.

No. I betraf einen Patienten mit einem etwas indurierten Ulcus des Sulcus coronae. Impfung an drei Stellen des Abdomens ausgeführt. Am 11. Tage wurde eine geringe Infiltration der Basis wahrgenommen.

No. II. Infektion hatte vor 3 Wochen stattgefunden. Während der letzten 15 Tage Exkoriation auf Präputium und Ulcus im Sulcus coronae. Später stellte sich Sklerose um das Orificium urethrae ext. ein. Drei Impfungen auf dem Abdomen erschienen am 22. Tage als Papeln.

No. III. Infektion vor Monatsfrist. Sklerose im Sulcus coronae. Impfung entwickelte Papeln am 13. Tage.

No. IV. Vier Wochen alte Infektion. Auf Impfung folgten am 12. Tage erhabene, gerötete Stellen; am 19. Papeln und am 26. ein syphilitischer Ausschlag.

No. V. Infektion vor 12 Tagen. Inokulation am 4. Tage bemerkbar, am 11. gerötet und am 18. papulös.

HASLUND[25] hat fünf Fälle von multiplem, auf Autoinfektion beruhendem harten Schanker; dieselben sind, kurz resümiert folgende:

1. Oberflächliches Geschwür der Vorhaut in der Nähe des Frenulum. Dasselbe war nach 6 Tagen deutlich sklerosiert, desgl. die Leistendrüsen. Zwei Tage darauf wurde das Ulcus exzidiert. Zehn Tage später traten an einer durch das Ausreifsen einer Naht entstandenen kleinen Ulceration Indurationserschei-

---

[24] *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* No. 4. 1885.
[25] Ebenda. No. 6. 1887.

die interessante Thatsache, daſs an den gezähnelten Zungenpapillen der Ratte und vieler andrer Säugetiere, welche nach hinten umgelegt sind, stets nur der vordere Teil der Papillen Eleidin enthält.

Im allgemeinen hat RANVIER trotz ausgedehnter Nachforschungen in allen Tierklassen nur bei den Säugetieren Eleidin auffinden können.

Die Nachforschungen in der Pathologie der Haut, welche RANVIER an Papillomen und Pocken begann und zusammen mit SUCHARD weiter fortsetzte, ergaben als allgemeine Erfahrung, daſs bei den Papillenhypertrophien und Epitheliomen, solange die normale Struktur der Oberhaut erhalten ist, eine Überproduktion an Eleidin stattfindet, daſs diese Substanz dagegen vollständig verschwindet, wenn durch einen entzündlichen Prozeſs die normale Verhornung leidet, so bei den squamösen, vesikulösen und pustulösen Hautaffektionen.

Unter den gelappten Pflasterzellenkrebsen (Épithéliomes pavimenteux lobulés) unterscheidet RANVIER die hornige und kolloide Form. Die Hornperlen der ersten sind umgeben von einer sehr viel Eleidin haltigen Zone, die Kolloidperlen der letzteren enthalten in ihrer Umgebung sehr wenig oder gar kein Eleidin.

Schlieſslich geht RANVIER noch auf das Molluscum contagiosum ein, leider noch immer unter der verwirrenden Etikette BAZINS: Acné varioloforme. Über den Eleidingehalt dieser Geschwülste hatte RENAUT bereits gearbeitet (*Annales de Derm. et Syph.* I. pag. 39), und RANVIER weist mit Recht die Annahme dieses Histologen zurück, daſs es sich bei dem Inhalt von glänzenden Körnern in den Molluscumzellen (cellules globuleuses) um Hornsubstanz handle. Er verfällt jedoch selbst in den wegen mangelhafter Untersuchung der allerersten Geschwulststadien weitverbreiteten Irrtum, daſs das Molluscum contagiosum aus einer Talgdrüse entstehe. Die entscheidende Arbeit BOLLINGERS scheint RANVIER garnicht zu kennen.

Alle die genannten Thatsachen über das Vorkommen des Eleidins auf Schleimhäuten hatte RANVIER schon vor der genannten Publikation (1884) in einer Note an die Akademie vom

10. Dezember 1883 kurz zusammengefafst.[1] Aus der Einleitung derselben ergibt sich auch der Grund, welcher RANVIER veranlafste, auf seine neuen Befunde an den Schleimhäuten besonders Wert zu legen. Da ich nämlich vorgeschlagen hatte, den Namen Keratohyalin von WALDEYER an Stelle des Eleidins von RANVIER zu setzen, so war es RANVIER darum zu thun, zu zeigen, dafs diese Substanz auch ganz ohne nachfolgende Verhornung vorkomme, also mit Unrecht die Beziehung zum Verhornungsprozefs im Namen angedeutet werde. Nun scheint es mir aber durch die Befunde von RANVIER durchaus nicht bewiesen, dafs diese vereinzelten Stellen der Schleimhaut, welche sämtlich den ersten Verdauungswegen angehören, keine verhornte Oberhaut besitzen. Im Gegenteile schliefse ich aus dem sonst ausschliefslichen Vorkommen des Eleidins an verhornten Epithelien, dafs diese vereinzelten Stellen der Schleimhaut ebenfalls verhornte Epithelien tragen. Ein wirklicher Beweis im Sinne RANVIERS wäre erst erbracht, wenn nachgewiesen würde, dafs die Epithelien oberhalb der eleidinhaltigen Stellen der Schleimhaut in Pepsin-Salzsäure löslich sind, mithin keinen Keratinmantel tragen. —

Nach RANVIER hat SEVERIN (Untersuchungen über das Mundepithel bei Säugetieren mit Bezug auf Verhornung, Regeneration und Art der Nervenendigung. *Arch. f. mikr. Anat.* 1885) die Schleimhaut des Mundes des Menschen und vieler Tiere auf das Vorkommen von Keratohyalin untersucht.

Er fand es am Gaumen von Katze, Hund, Kaninchen und Meerschweinchen, bei ersteren stärker; sodann an der Zunge von Katze, Rind, Schwein, Kaninchen, Meerschweinchen, Ratte, Maulwurf, besonders stark aber beim Hund, endlich auch in dem Zungenepithel des Menschen.

Im Gegensatz zu RANVIER nimmt SEVERIN an einzelnen Stellen der Mundschleimhaut eine wahre Verhornung an.

„Bekanntlich werden an der Zunge des Menschen keine absolut verhornten, kernlosen Zellen gefunden; ebenso behalten die Zungenepithelien der meisten von mir untersuchten Tiere

---

[1] De l'existence et de la distribution de l'éléidine dans la muqueuse bucco-oesophagienne des Mammifères.

ihren Kern; nur die Papillen der Zunge der Katze und des Hundes, vielleicht auch noch andrer Tiere, haben in ihrem stratum corneum vollkommen verhornte Zellen, wie sie die Epidermis aufweist."

Hiernach identifiziert offenbar SEVERIN Kernlosigkeit und „vollkommene Verhornung." Dies ist aus verschiedenen Gründen unstatthaft. Denn erstens kommen auch in der Hornschicht der Haut bis in die obersten Lagen Kernreste vor, wie ich zu wiederholten malen gezeigt und betont habe, unabhängig von OEHL und HENLE, von denen der letztere Forscher es neuerdings wieder hervorhebt. Ich halte es geradezu für sehr schwierig, eine Hornsubstanz aufzufinden, welche bei geeigneter (starker) Färbung nicht Kernreste in den Zellen entdecken läfst. Der Gegensatz müfste also besser lauten: Hornzellen, welche Kernreste, und solche, die gut erhaltene Kerne besitzen.

Weiter wird man wohl den Nagel, das Beethaar und die Rinde des Papillenhaares für vollkommen verhornt halten müssen, und doch weisen sie gut erhaltene Kerne auf; aus der Pathologie der Akanthome und Keratome lassen sich unzählige weitere Beispiele hierfür finden.

Endlich können die kernhaltigen Epithelien der ersten Schleimhautwege äufserlich ganz das Ansehen von Hornsubstanz annehmen, wenn sie nur der Austrocknung einige Zeit ausgesetzt sind, was ein jeder vom Lippenrot, von dem inneren Präputialblatt und der Eichel, vom Prolaps der Vagina weifs.

Ein wahrer und sehr wichtiger Unterschied der verhornenden Zellen knüpft sich nicht sowohl an die eigentliche Hornsubstanz, die äufsere Hornmembran, den Zellenmantel, als an gewisse Begleiterscheinungen der Verhornung im Innern der Zellen.

Einerseits tritt nämlich in vielen verhornenden Zellen Keratohyalin (ich sage absichtlich hier nicht: RANVIERS Eleidin) auf, und zugleich reduziert sich der Kern auf einen kleinen, durch die ganze Hornschicht bleibenden geschrumpften Rest (z. B. an der äufseren Haut).

In einer andren Reihe von Fällen tritt kein Keratohyalin auf, und die Kerne bleiben, etwas verkleinert oder verschmälert, aber mit glatten Konturen gut erhalten, trotzdem die Membran

der Zelle vollkommen verhornt (z. B. an der Nagelplatte, dem Lippenrot).

Deshalb wäre es interessant gewesen, von SEVERIN zu erfahren, ob beim Hunde und der Katze dort, wo Keratohyalin an der Zunge produziert wurde, oberhalb desselben die Zellen Kernatrophie zeigten — nach dem angeführten allgemeinen Gesetz — oder wohl erhaltene Kerne wie die keratohyalinlose Umgebung; wie es auch für die makroskopische Diagnose solcher Stellen wichtig gewesen wäre zu erfahren, ob dieselben weifser und undurchsichtiger als die Nachbarschaft in vivo erschienen.

Aber für die Diagnose einer vollkommenen oder unvollkommenen Verhornung sind, wie man sieht, die beiden Symptome der Kernatrophie und des Auftretens von Keratohyalin von keiner ausschlaggebenden Bedeutung. Dafür mufs man die einzig charakteristische Reaktion der Verdauung mit Pepsin-Salzsäure anwenden, und ohne diese Reaktion wird jede zukünftige Behandlung dieser Frage resultatlos sein.

CAJAL hat in seiner Arbeit (Contribution à l'étude des cellules anastomosées des épithéliums pavimenteux stratifiés. *Int. Mon. f. Anat. u. Hist.* Bd. III. pag. 250) genauer das topographische Verhältnis des Keratohyalins zu dem von ihm studierten fibrillären Netz der Epithelien beschrieben. Das Reticulum der Körnerzellen ist um den Kern herum sehr grobmaschig, stark lichtbrechend und scheint zu anastomosieren; die Maschen enthalten die Körner. Der Kernrest der Körnerzellen besteht nur aus Chromatin; er soll sich als rundliche oder gekerbte Masse in der Mitte eines Hohlraumes befinden, wobei ich zu bedenken geben möchte, ob dieser Hohlraum nicht nur, wie die perinukläreu Hohlräume an normaler Haut stets, der schrumpfenden Wirkung des Erhärtungsmittels (Alkohol bei CAJAL) sein Dasein verdankt. Eine Membran ist an diesen Kernen nicht mehr sichtbar zu machen.

Die Keratinisation beginnt nach CAJAL an dem Mantel der Körnerzellen, schreitet zum perinukleären Reticulum fort und befällt schliefslich den Kern, von dem noch Reste in den oberen Hornschichten vorhanden sind. Ich gestehe, mir von einer

Keratinisation der ganzen Epithelzelle und des Kerns keine Vorstellung machen zu können.

Das körnige Aussehen der Körnerzellen beruht hiernach nicht nur auf dem Vorhandensein des Keratohyalins, sondern auch auf dem des groben Reticulums der Fibrillen und der atrophischen Kerne.

Die rote Färbung des stratum granulosum durch Karmin beruht auf der Färbung: 1. der verdichteten, atrophischen Kerne, 2. des Keratohyalins, 3. von „une substance répandue d'une façon diffuse dans la couche plus basse de l'épiderme cornée." Diese Unterscheidung einer körnigen und einer davon verschiedenen diffus verteilten, karminophilen Substanz in den Körnerzellen erweist sich wohl noch als sehr wichtig; sie wird mit der Beantwortung der Frage, ob Keratohyalin und Eleidin verschieden oder identisch sind, zusammenfallen.

ZANDER kommt im Verlaufe seiner Arbeit: Untersuchungen über den Verhornungsprozefs. II. Mitteilung. Der Bau der menschlichen Epidermis. (*Arch. f. Anat. u. Phys.* 1888. pag. 511) auch ausführlich auf die Körnerschicht zu sprechen. Im Gegensatz zu allen bisherigen Forschern findet er dort, wo die Oberhaut überhaupt sehr dünn ist, die Körnerschicht lückenhaft ausgebildet. Z. hegt den Verdacht, dafs die bisherigen Beschreibungen derselben sich eigentlich stets nur auf die Palma manus und Planta pedis bezogen haben. Gewifs hat er insofern recht, dafs diese Körperstellen bisher fast stets als Typen der Oberhaut angesehen und abgebildet wurden, und es ist sein Hauptverdienst, zuerst näher auf den Verhornungsprozefs an allen übrigen Hautstellen eingegangen zu sein. Aber darin befindet er sich im Irrtum, dafs die allgemeine Annahme der Kontinuität der Körnerschicht über die ganze Hautoberfläche blofs Folge eines oberflächlichen Analogieschlusses sei. Wenigstens haben alle Dermatohistologen der neueren Zeit bei Untersuchung pathologischer Hautprodukte von allen denkbaren Körperstellen regelmäfsig die Körnerschicht der pathologisch veränderten Stellen und der gesunden Umgebung verglichen und hätten, wenn ZANDERS Annahme richtig wäre, sicher auch schon die Bemerkung gemacht, dafs die Körnerschicht hier und da in der

gesunden Haut fehlt. Aus eigner 13jähriger Erfahrung kann ich versichern, dafs ich die Körnerschicht bei guter Färbung nie vermifste, welche Hautstellen ich auch untersuchte.

ZANDER leitet diesen weittragenden Satz aus der Beobachtung ab, dafs er an einzelnen Schnitten die Körnerzellen vermifst, während benachbarte Schnitte allerdings dieselben wieder zeigten.

„In manchen Präparaten (soll wohl heifsen: Schnitten) war es überhaupt nicht möglich, auch nur eine Körnchenzelle nachzuweisen; die Nachbarschnitte lehrten alsdann jedoch, dafs die Zellen nicht gänzlich fehlten. Es kommen solche Lücken im stratum granulosum der Hautstellen, deren Hornschicht den Typus B[2] zeigt, in beträchtlicher Anzahl vor, und diese Lücken sind vielfach sehr grofs."

Die Hautstellen, wo ZANDER die Körnerschicht vermifste, sind solche, wo dieselbe aus einer einzigen Lage besteht, deren Zellen äufserst schmal und dafür sehr bedeutend in der Breite ausgedehnt sind, deren Keratohyalin nicht reichlich und hauptsächlich um den Kern angehäuft ist. Fällt ein solcher Schnitt zufällig in die Peripherie mehrerer Körnerzellen, so kann man Körnerzellen getroffen haben und doch an einigen Stellen Körner vermissen. Dazu kommt, dafs ZANDER seine beweisenden Präparate in MÜLLERscher Lösung härtet und mit Methyleosin färbt; hätte er einfache Alkoholhärtung und meine alte Methode maximaler Hämatoxylinfärbung und Entfärbung durch Alaun und Eisessig angewandt, so würde er die Körner selbst auf solchen Schnitten, wenn auch spärlich, aufgefunden haben.

Diese Streitfrage ist nach zwei Richtungen von prinzipieller Wichtigkeit. Erstens ist ZANDER bei Verfolgung seiner These gezwungen anzunehmen, dafs an ganz normaler Haut dicht nebeneinander 2 Arten der Verhornung vorkommen, die wir sonst streng nach besonderen Lokalitäten geschieden sehen, die gewöhnliche Verhornung an freier Oberfläche und die Verhornung, wie wir sie anderseits am Lippenrot und der Nagelplatte finden, eine recht unwahrscheinliche Annahme.

---

[2] d. i. auf der ganzen Haut mit Annahme der Palma manus und Planta pedis. Diese zeigen den ZANDERschen Typus A.

Zweitens hat seine These für die Hautpathologie die Folge, daſs wir nun nicht mehr wie bisher den Mangel an Keratohyalin auf der freien Oberfläche als etwas Pathologisches auffassen dürften. Es genügen ja schon leichte Anomalien dazu, die Abscheidung von Keratohyalin zu verhindern, wie stärkere Durchfeuchtung, stärkerer Druck von auſsen, aber stets ist die Verhornung irgendwie gestört, wenn das Keratohyalin an freier Oberfläche ganz fehlt — so lautet die Erfahrung der Hautpathologen. —

Es ist daher etwas verfrüht, wenn ZANDER aus seinem Funde den Schluſs zieht: „Hieraus geht mit Bestimmtheit die Unrichtigkeit von UNNAS Annahme hervor, daſs die weiſse Rasse einzig und allein den eleidinhaltigen (soll heiſsen: keratohyalinhaltigen) Zellen die weiſse Hautfarbe verdankt.“ Bis mir nachgewiesen wird, daſs die krasse Differenz zwischen weiſser Lippenhaut und Lippenrot nicht auf dem Mangel des Keratohyalins an letzterer Region beruht, muſs ich bei meiner These bleiben. Ganz merkwürdig macht sich die Annahme von ZANDER, daſs die Körnchen, welche in der Stachelschicht auftreten, bereits Keratin seien. „Die Körnchen erweisen sich durch ihre homogene, glänzende Beschaffenheit, durch bestimmte Farbenreaktionen (welche? U.) als chemisch identisch mit der Hornsubstanz. Ich trage kein Bedenken, diese Körnchen, welche wohl mit dem Eleidin oder Keratohyalin gleichbedeutend sind, als Keratin anzusehen.“ Also einmal sollen diese Körnchen die erste Hornsubstanz darstellen, und dann soll wiederum die Hornsubstanz dicht daneben sich ganz ohne Auftreten von Körnchen vollziehen können! —

Übrigens stützt sich ZANDER auf eine Angabe von E. KLEIN und E. NOBLE SMITH (*Atlas of histology*. London 1880. pag. 16 und 318), welche angeben, daſs an Stellen mit dünner Oberhaut die Körnerschicht rudimentär, am besten noch um die Haarbalgtrichter entwickelt sei. Für zukünftige Forschungen in dieser Richtung möchte ich betonen, daſs die ganze Methode senkrechter Hautschnitte aus obigen Gründen für diese Frage nur mit groſser Vorsicht verwendbar ist. Dagegen ist es selbstverständlich, daſs Flachschnitte der Oberhaut diese Frage ganz leicht und

sicher entscheiden lassen. Da vielleicht manche solche für schwer ausführbar halten, bemerke ich, dafs dieselben selbst aus freier Hand sehr leicht herstellbar sind, wenn man das betreffende Hautstück nach der Cutis zu an der Linie einknickt, wo man die Körnerschicht untersuchen will, und das Messer an der Knickungslinie entlang führt; einer der ersten Schnitte enthält dann die ganze Körnerschicht in seiner Mittellinie. An solchen Flachschnitten, die ich vor einigen Jahren zu andern Zwecken von allen Hautregionen anfertigte, ist mir nie ein diskontinuierliches Auftreten der Körnerschicht aufgefallen. —

An der dicken Oberhaut des A-Typus hingegen findet ZANDER wiederum häufig mehr (4—5—6) Lagen von Körnerzellen als ich angegeben (2—3 für diese Gegend). Leider fehlt auch hier die genaue Bestimmung der Region des betreffenden Hautstücks. Eine leichte Verhärtung der Fersenhaut z. B. bringt ja die Körnerschicht oft auf eine noch höhere Anzahl von Zellenlagen. —

In bezug auf den Übergang in Hornzellen bestätigt Z. meine alte Angabe, dafs man Zellen findet, welche zur Hälfte noch als Körnerzellen, zur Hälfte als Hornzellen aufgefafst werden müssen; hierauf gründete ich seinerzeit den ersten Beweis des vorher bestrittenen Übergangs von Körnerschicht resp. Stachelschicht in Hornschicht (LANGERHANS). In den Intercellularräumen der Körnerschicht findet Z. im allgemeinen keine Körner; nur zuweilen in der obersten Lage, was bisher noch von niemand konstatiert wurde.

Wir haben schliefslich noch zwei Arbeiten histochemischer Natur kurz zu erwähnen, welche in neuerer Zeit versuchen, die Idee von LIEBREICH, dafs die Oberhaut eine Quelle von Cholestearinfett sei, für die Haut des Menschen und des Schafes zu verifizieren. Sie sind von G. LEWIN (Mikrochemischer Nachweis von Cholestearinfett in der Körnerschicht der Epidermis. *Berl. klin. Wochenschr.* 1886. No. 2) und STICKER (*Über die Entwickelung und den Bau des Wollhaares beim Schafe, nebst einem Anhang über Wollfett.* Dissertation. Berlin 1887).

Da beide Autoren nicht zwischen WALDEYERS Keratohyalin und RANVIERS Eleidin unterscheiden und es beiden nicht ge-

glückt ist, topographisch genau die histologischen Elemente mit denjenigen zu identifizieren, welche die Reaktion auf Cholestearinfette geben, so steht einstweilen noch der histologische Nachweis aus, dafs wir in der menschlichen Haut wirklich Cholestearinfett und in welchen histologischen Elementen wir es zu suchen haben. Diese hochinteressante, aber freilich ebenso schwierig zu lösende Frage verdient deshalb eifrig von neuem mit allen zu Gebote stehenden Kautelen in Angriff genommen zu werden.

Zur Lehre vom Lichen ruber.

Von

Dr. S. Róna,
ordinierender Primararzt in Budapest.

(Schlufs.)

II. Anatomie des Lichen ruber.

Die erste mikroskopische Untersuchung des Lichen ruber stammt von Hebra. Wir lesen bei ihm: „Die mikroskopischen Untersuchungen an Hautdurchschnitten lieferten besonders in dem Verhalten der Haare zu ihren Wurzelscheiden eine eigentümliche Anomalie. Letztere nämlich, welche bekanntlich im Normalzustande in Gestalt von cylindrischen Röhren den in der Haut steckenden Teil des Haares bilden, waren in Fällen von Lichen ruber in trichterförmige, nach unten spitz zulaufende, an der Ausmündungsstelle dagegen erweiterte Gebilde umgewandelt, welche wie mehrere lose ineinander steckende Düten aussahen, in deren Zentrum das Haar safs, aufserdem kam noch eine Vergröfserung der papillae cutaneae an und für sich und eine Erweiterung der in denselben vorhandenen Gefäfsschlingen vor“ [6].

Ein ähnliches Verhalten der Wurzelscheide hebt auch Scheuthauer im Falle Poors hervor, aber aufserdem sagt er: „Die Retezellen sind derartig vermehrt, dafs sie als breite Zapfen in die Cutis hineinragen und die verbreiterten Papillen zusammen-

drücken. In der Papillarschicht und in der Cutis sind nicht nur um die Gefäfse, sondern auch diffus zahlreiche kleine, den weifsen Blutkörperchen ähnliche Zellen angehäuft. Die arrectores pilorum sind beträchtlich verdickt" [50].

Nach NEUMANN betreffen bei Lichen ruber exsudativus die pathalogischen Veränderungen den gröfsten Teil der Haut und ihrer Adnexe. Die Epidermiszellen sind in gröfserer Menge übereinandergehäuft, enthalten in ihrem Innern feinkörnige Massen. Die Zellen des Rete Malphighi an einzelnen Durchschnitten in mäfsiger, an andern in gröfserer Menge beisammen, erscheinen vergröfsert, schicken ganz dicht gelagerte breite Zellenanhäufungen zwischen die Papillen, und um letztere sind stellenweise braunpigmentierte Zellen zu sehen. Die Papillen sind an einzelnen Stellen auf dem über ihnen liegenden Rete eingesunken, enthalten meist ein schmales leeres Blutgefäfs, zeigen sich verschmälert, an andern erscheinen sie vergröfsert und verbreitert, ihr Inneres teils mit weitmaschigen elastischen Fasern ausgefüllt, welche hier gleichwie in der ganzen Lederhaut in auffallend gröfserer Menge auftreten als dies in der normalen Haut der Fall ist. Die Gefäfse sind in ihren gröfseren Stämmen und in ihren Verzweigungen (in den Papillen) erweitert, in den tieferen Lagen des Koriums zeigen Arterien und Venen einen geschlängelten Verlauf. Längs der erweiterten Blutgefäfse und längs der Bindegewebsfasern sind reichliche Zellenwucherungen vorhanden, wodurch dieselben einen bedeutenden Querdurchmesser erlangen und den Körper der Papillen vollständig ausfüllen.

Die Schweifsdrüsen und der Panniculus adiposus sind erhalten, ohne etwas Abnormes darzubieten. Die Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen jedoch, gleichwie die Ausmündungsstellen derselben sind trichterförmig erweitert und in deren Lumen zahlreiche Epidermiszellen aneinander gereiht.

Die Talgdrüsen sind in so geringer Menge vorhanden, dafs sich über ihr Verhalten nicht viel angeben läfst, wahrscheinlich gehen sie zu Grunde.

Ein eigentümliches Verhalten zeigen die äufseren Wurzelscheiden; die Zellen sind hier in gröfserer Menge am Grunde des Haarbalges angesammelt und bilden regelmäfsig konische, zapfen-

förmige Fortsätze, welche der ganzen Wurzelscheide das Ansehen einer acinösen Drüse verleihen. Der Haarbalg ist durch diese Zellenanhäufungen erweitert, ohne jedoch auffallende pathologische Veränderungen darzubieten.

Die Haarwurzeln fand N. an ihrem Grunde wie abgeschnitten, pinselartig auseinanderweichend; auch an den oberen Teilen des Haarbalges sind die Zellen der äufseren Wurzelscheide in gröfserer Menge angehäuft. Diese Beschaffenheit des Haarbalges hat N. noch bei Prurigo und in der senilen Haut gefunden. Die glatten Muskelfasern waren verdickt. Diesen Zustand der arrectores pilorum konnte N. auch bei andern chronischen Hautkrankheiten konstatieren [15].

Bisiadecki bekämpft schon die nicht stichhaltigen Angaben obiger Autoren: 1. dafs die von Hebra beschriebene trichterförmige Erweiterung der Haarbalgmündung in geringerem Grade auch den physiologischen Haarbälgen, in höherem allen mit vermehrter Epidermisschuppung einhergehenden Hautkrankheiten zukommt; 2. dafs, was die von Neumann beschriebene Wucherung der äufseren Wurzelscheide am Grunde des Haarbalges und die kolbenförmige Ausbuchtung der letzteren betrifft, nicht dieser Krankheit eigen, sondern meist an ausfallenden Haaren, mögen sie aus welchem pathologischen Grunde immer ausfallen, zu beobachten sei.

B. selbst hat gefunden: „im zentralen Teile, welcher immer der Ansatzstelle des arrector pili an das oberste Korium entsprach, Schrumpfung der Papillen in der obersten Koriumpartie, Fehlen der zelligen Elemente an diesen Stellen; im peripherischem Teile chronisches Ödem des Koriums, wie bei allen chronischen exsudativen, mit Vergröfserung und Erweiterung der Papillen, Erweiterung der Blutgefäfse, Auseinandergedrängtsein der Fasern und Kernwucherung längs den Bindegewebsfasern; endlich auch im Rete Malpighi Atrophie und kleine zerstreute Hämorrhagien über den Spitzen der Papillen. Die Delle bei den Lichenknötchen entspricht nicht den Haarbalgausführungsgängen, sondern der zentralen Atrophie des Knötchens. Durch leztere unterscheidet sich dieser Lichen von Prurigo und Lichen scrophulosorum."

„Die Gefäfse verfallen einer amyloiden Degneration" [8].

Bei Obtulovitz finden wir: „Das hirsekorngroſse Knötchen zeigte sich als eine Erhabenheit, bedeckt von einer dicken, von Karmin nicht gefärbten Epidermislage; die Epidermis steht hier und da in Form von Fransen ab, unter denen nicht selten reichliche inselförmige Ekchymosen zu bemerken sind. Auf dem Gipfel der gesamten Erhabenheit sieht man meistenteils eine muldenförmige Vertiefung, an deren Rändern gewöhnlich trichterförmig ausgeweitete Haarscheidenhälse mit in der Mitte befindlichen Haaren aufgestellt sind. Auf der oben beschriebenen Vertiefung befindet sich eine etwas dickere Epidermislage als in der Umgebung. Bei der Untersuchung der tiefer gelegenen Lagen fällt namentlich die Atrophie der Papillen gleich unter der Vertiefung auf, so daſs statt 4—6 Hautpapillen wir nichts weiter finden auſser einer breiten Lage des Rete Malpighii oder höchstens unbedeutende Reste der atrophierten, gleichsam hineingedrängten Papillen. Unter den ziemlich deutlichen Zellen der Schleimschicht finden sich hier und da Exsudatkörperchen, selten jedoch Wanderzellen. Auch sieht man oft an dieser Stelle kleine Ekchymosen in Gestalt kleiner Inselchen, oder wenigstens mit Blutfarbstoff erfüllter Zellen; in der Gefäſsschicht der eigentlichen Haut aber bemerkt man die Gefäſse von roten Blutkörperchen strotzend erfüllt, erweitert und von Säumen von Exsudatkörperchen umgeben, die gerade an den Gefäſsen in der gröſsten Zahl angehäuft sind. An der Grenze der oben beschriebenen, in der Mitte des Knotens befindlichen Vertiefung sieht man auf beiden Seiten hervorragende Papillen, vielleicht etwas länger und breiter als im Normalzustande, gleichsam geschwellt, mit der erweiterten Gefäſsschlinge in der Mitte und von ziemlich reichlichen Exsudationszellen besetzt. Sowohl diese Papillen im Knoten selbst, als auch andre nebenbei sind sehr oft von einer Reihe länglicher, radienförmig angeordneter und mit feinkörnigem Blutstoff erfüllten Zellen begrenzt."

„Die Konturen der Papillen selbst sind scharf. Die interpapillären Zwischenräume sind scharf gezeichnet. Auf dem Gipfel der in der Nähe des Knotens liegenden Papillen kann man auch hier und da Ekchymosen in Form länglicher und von eingedrückten Zellen umgebener Inselchen konstatieren. Die Haarbälge sind mit in gröſserer Anzahl angehäuften Epidermiszellen ausgefüllt,

an den Haarwurzelscheiden kann man sehr oft Exsudatkörperchen antreffen."

Im übrigen fand O. weder Haare, noch Talg- und Schweifsdrüsen verändert. Die eigentliche Lederhaut war geschwellt und zwischen ihren Fasern fand der Verfasser häufig erweiterte Gefäfse, Ekchymosen und Exsudatkörperchen in reichlicher Anzahl. Somit spricht das mikroskopische Bild für einen exsudativen, mit Ernährungsstörung verknüpften Prozefs; letzteres beweisen die atrophischen Papillen in der Vertiefung des Knotens [9].

Alle diese mikroskopischen Befunde bezogen sich auf den HEBRAschen Lichen ruber; denn diese Autoren kannten nur diesen.

Fassen wir die Ergebnisse kurz zusammen.

Der HEBRAsche Befund und somit auch der SCHEUTHAUERsche, die Wurzelscheide betreffend, ist nicht wesentlich, auch nicht charakteristisch für ein Leiden. Diese Thatsachen hatte BISIADECKI schärfer betont. SCHEUTHAUER fand aber auch eine kleinzellige Infiltration der Papillar- und oberen Cutisschicht, verbreiterte und zusammengedrückte Papillen. Also nach seinen Angaben müssen wir hier einen Exsudationsprozefs annehmen.

NEUMANN, der höchst wahrscheinlich schon einen in Involution begriffenen Prozefs vor sich hatte, läfst den gröfsten Teil der Haut an den pathologischen Veränderungen teilnehmen. Im allgemeinen schildert auch er eine chronische Entzündung mit ihren sekundären Erscheinungen. Die Schweifsdrüsen sind bei ihm normal, nur ihre Ausführungsgänge und die Ausmündungsstellen sind trichterförmig erweitert, und in ihren Lumen sind zahlreiche Epidermiszellen aneinander gereiht. Die Talgdrüsen sollen verringert, also teilweise zu Grunde gegangen sein. All' diese Befunde sind aber von keiner besonderen Bedeutung. Der Befund der äufseren Wurzelscheide hat nach unserem heutigen Wissen gar keinen Bezug auf eine spezielle Erkrankung der Haut, und NEUMANN selbst hat ihn noch bei Prurigo gefunden.

Auch BISIADECKI scheint einen sehr vorgeschrittenen Fall vor sich gehabt zu haben; denn Schrumpfung der Papillen und der obersten Cutisschichten sind schon Folgezustände einer vorhergegangenen Entzündung. Die Delle soll nach BISIADECKI nicht

den Haarbalgausführungsgängen entsprechen, sondern dieser zentralen Atrophie des Knötchens. Die Hypertrophie der glatten Muskelfasern, welche nach NEUMANN, SCHEUTHAUER und BISIADECKI vorhanden sein soll, ist nach unserm heutigen Wissen auch bei andern chronischen Hautkrankheiten zu finden und stellt nicht einen Tetanus dieser Muskel dar.

Nach OBTULOVITZ sind weder die Haare, noch die Talg- und Schweifsdrüsen verändert, und der ganze Prozefs ist auch nach ihm ein entzündlicher.

Alle die bisher angeführten Autoren beschreiben aber mehr oder weniger deutlich stets einen Exsudationsprozefs mit seinen Folgezuständen. Und nach alle dem können wir behaupten, dafs Lichen ruber HEBRA nach SCHEUTHAUER, NEUMANN, BISIADECKI und OBTULOVITZ wirklich ein chronisch entzündlicher Prozefs der Haut war, wie es HEBRA klinisch selbst angenommen hat; aber dafs sich dieser Exsudationsprozefs weder dem Haarbalg, noch den Talg-, noch den Knäueldrüsen eng anschliefst, sondern sich lediglich in der Papillarschicht und in der obersten Cutisschicht abspielt und alle jene Befunde, wie die trichterförmigen Erweiterungen der Haarbalgmündung (HEBRA), oder der Ausführungsgänge und Ausmündungsstelle der Knäueldrüsen nur als zufällige, für gewöhnlich als konsekutive Zustände betrachtet werden können, dafs die angegebenen zentralen Vertiefungen der eingetretenen Atrophie der Papillen und oberen Cutisschicht entsprechen, und dafs den arrectores pilorum bei dieser Krankheit keine gröfsere Rolle zukommt, als bei anderen chronischen Hautkrankheiten.

Nun ist aber durch KAPOSI die Lichen ruber-Lehre in eine neue Aera getreten, und so wollen wir sehen, wie denn KAPOSI die klinische Zweiteilung durch anatomische Thatsachen unterstützt.

Er sagt: „Was die anatomischen Veränderungen in der Haut selbst anbelangt, so sind sie seinerzeit von HEBRA, später wiederholt (von NEUMANN, BISIADECKI, mir und OBTULOVITZ) Gegenstand der Untersuchung gewesen. Übereinstimmend wird konstatiert, dafs die Haarfollikel und ihre nächste Umgebung vorwiegend den Sitz der Erkrankung abgeben; namentlich hat sich eine Hyperplasie der Zellen der äufseren Wurzelscheide in dem

unteren Teile des Haarschaftes, zapfenartiges Auswachsen derselben mit konsekutiver Ausbuchtung der Haarfollikel, sowie Zelleninfiltration der den Follikel umgebenden Papillen und Proliferation des sie bedeckenden Rete vorgefunden. Etwas für Lichen ruber Charakteristisches liegt in diesem Befunde nicht. Man hat namentlich die zapfenförmigen Auswüchse der Wurzelscheiden in das Korium hinein auch bei andern chronischen Entzündungsprozessen der Haut, wie bei Prurigo (Derby), Dermatitis chronica, chronischem Ekzem vorgefunden. Entsprechend der Delle der einzelnen Knötchen bei Lichen ruber planus zeigt sich der Papillarkörper in der Ausdehnung mehrerer Papillen atrophisiert, und Bisiadecki hat darauf aufmerksam gemacht, dafs diese Stelle nicht der Mündung des Haarfollikels entspricht, sondern der Anheftungsstelle des jeweiligen Musculus arrector pili, von welchem er meint, dafs derselbe in einer Art dauerndem Tetanus sich befinde. Sicher ist, dafs im Beginne der Entwickelung des Lichen ruber acuminatus bisweilen die Haut des ganzen Körpers einen Zustand darbietet, wie bei Lichen pilaris, also ein Hervorgedrängtsein der Haarfollikel durch Kontraktion des Haarstreckers. Die das atrophische und später narbig aussehende Zentrum der einzelnen Knötchen umgebenden Papillen bieten erweiterte Maschenräume, Gefäfse und Zelleninfiltration dar und kehren wieder zur Norm zurück."

„Über das Wesen des Prozesses gibt dieser anatomische Befund noch keine genügende Aufklärung. Es handelt sich doch gewifs um eine ganz ernste Ernährungsstörung, die in der örtlichen bedeutenden Gewebsveränderung (Atrophie) und in dem folgenden allgemeinen Marasmus sich ausprägt. Vielleicht hat die Angabe Bisiadeckis von kolloider Entartung der Wandung der Papillengefäfse diesbezüglich eine hervorragende Bedeutung."

Vorerst müssen wir konstatieren: 1. dafs bei den übrigen Autoren, also auch bei Bisiadecki, nur von einem Lichen ruber exsudativus und nicht von einem Lichen ruber planus die Rede war: 2. dafs Kaposi den Exsudationsprozefs bei beiden Lichenes ohne Unterschied vorwiegend in die nächste Umgebung der Haarfollikel versetzt, was doch aus den bisherigen nicht so evident ist; 3. sehen wir die anatomischen Unterschiede zwischen

Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus nicht nur nicht hervorgehoben, sondern im Gegenteil ganz und gar geebnet; 4. daſs die örtlichen bedeutenden Gewebsveränderungen (Atrophie), welche sich nach KAPOSI im allgemeinen Marasmus ausprägen soll, evident dem Lichen planus WILSONI eigen ist.

Bei KAPOSI finden wir also keinen anatomischen Unterschied zwischen den beiden Lichenes angegeben.

Die erste, direkt auf den Lichen planus Bezug habende anatomische Untersuchung hat NEUMANN (Dermatitis c. herpetiformis) gemacht.

„Nach diesem anatomischen Befunde stellt sich die in Rede stehende Krankheit als eine zirkumskripte, vorzugsweise den oberen Teil des Cutisgewebes, den Papillarkürper okkupierende Entzündung dar, bei welcher auch der Schweiſsdrüsenapparat in hervorragender Weise mitaffiziert ist.“ „Die Wucherungen im Cutisgewebe wären hierbei nur als spätere somit als sekundäre Erscheinungen aufzufassen.“

Wir haben schon im klinischen Teil gesehen, daſs NEUMANN die Primäreffloreszenzen ganz und gar übersehen hat, und so können wir mit WEYL sagen, daſs NEUMANN jene Darstellung nach Untersuchungen der gröſseren Knoten aufgestellt hat.

Bei HÉGUY finden wir, daſs BALZER eine frisch entstandene Plaque untersuchte. Er fand kleinzellige Infiltration der Papillar- und tieferen Cutisschicht, welche sich auch in das Gefäſsstratum hinunterzog. Die Zellen des stratum mucosum waren schleimig oder kolloid entartet (orangegelbe Färbung mit Pikrokarmin), die Schweiſsdrüsen waren von einer Infiltration von embryonalen Zellen umgeben, manchmal zusammengedrückt, auch obliteriert; ihre tunica propria war verdickt, die epitheliale Auskleidung mit kubischen Zellen gefüllt, die Ausführungsgänge ebenfalls. In der tieferen Cutisschicht ist wieder eine Zelleninfiltration um die Gefäſse wahrzunehmen.

Die Gefäſse können also für den Beginn des Prozesses angesehen werden, weil das Corpus papillare, die Peripherie der Drüsen, am reichlichsten infiltrirt sind. Diese reichliche Proliferation drückt die Bindegewebsbündel zusammen, die Drüsen und

Gefäfse selbst; es entsteht eine Degneration der zelligen Elemente, granulöse, schleimige, kolloide Degneration.

Nach Colcott Fox sollte der Lichen planus nicht für entzündliche Krankheit gehalten werden. Nach ihm verdanken die Papeln ihren Ursprung der beständigen neuro-paralytischen Hyperämie und ihre Folgen sind: Erweiterung der Blutgefäfse und Durchtränkung der Gewebe mit Blut, Auswanderung weifser Blutkörperchen, Ödem, Hypertophie der verschiedenen Gewebe und leichte Abschuppung (nach Robinson).

Crocker fand in den akuten Fällen, dafs die Papeln durch Zelleneffusion aus einem der Gefäfse des oberflächlichen Plexus entstehen, welche die darüber befindliche Epidermis in die Höhe drängt. Der Zellenaustritt ist scharf begrenzt an den Seiten und schliefst mehrere Papillen in sich. Die Papillen sind flach, das Rete ist leicht hypertrophisiert und die oberen Schichten der hornigen Zellen sind über dem Zentrum der Papillen etwas gelockert.

„In den mehr chronischen Fällen wird die Papel meist durch Proliferation des Rete mucosum gebildet, indem die unteren Schichten, welche das Stratum lucidum und die Körnerschicht in sich fassen, sehr scharf ausgesprochen werden. Die hornigen Schichten sind über dem Zentrum der Papeln verdickt. Die Haarfollikel sind nicht verändert, höchstens sind die Mündungen trichterförmig und mit Zellen vollgestopft. Die Schweifsdrüsen haben Einflufs auf die Papelbildung, weil sie sehr oft in deren Mitte zu finden sind." (S. Robinson.)

Robinson ist der einzige, der bisher eine scharfe anatomische Scheidewand zwischen Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus erheben will. „1. Klinisch fehlen dem Lichen ruber acuminatus alle Charaktere der Entzündung. Ich halte mit Auspitz in der Auffassung des Lichen ruber acuminatus. Also die gröfsten Veränderungen sind in der Hornschicht und die Veränderung der andern Gewebe sind sekundär und geringfügig. Man findet eine starke Verdickung der Hornschicht, eine Hypertrophie und Abweichen in den Prozefs der hornigen Umwandlung. Nun ist die hornige Umwandlung ein komplizierter physiologischer und chemischer Prozefs und ein Exzefs oder eine Abweichung

des Prozesses kann stattfinden ohne gleichzeitige Veränderungen im Rete. Eine exzessive Bildung von Hornzellen kann durch Druck auf die Retekörperchen eine Übernährung dieser Körperchen zu stande bringen und dem zufolge eine Verdickung der Schicht, wie es bei Callositas vorkommt. Der kontinuierliche Druck auf Rete und Cutis, ein Druck, welcher zunimmt, bis die Papel die Höhe ihrer Entwickelung erlangt hat, ist eine genügende Erklärung für die Atrophie, welche in dem Zentrum alter Papeln stattfindet ohne Zuhilfenahme der amyloiden Entartung der papillaren Blutgefäfse, wie sie von BISIADECKI angenommen wird, ein Zustand übrigens, der in meinen Schnitten nicht vorhanden war."

„Die Veränderungen kommen besonders in der Gegend der Ausmündungsstellen der Schweifsdrüsen und Haarfollikel vor. Der Prozefs ist also eine paratypische Keratosis, eine paratypische Anomalie der hornigen Umwandlung."

„Lichen ruber acuminatus ist also keine Entzündung, sondern eine kontinuierliche Anhäufung von Epidermiszellen, die eine Anomalie im Prozesse ihrer Erzeugung und Abstofsung zeigen, und diese Zellen bringen durch Druck auf unterliegende Gewebe die übrigen Veränderungen hervor."

Über Lichen planus sagt ROBINSON: „Lichen planus ist eine Entzündung, welche in den Papillen und den oberen Teilchen des Koriums vor sich geht, wie sich dies durch die Infiltration mit Rundzellen und durch Veränderungen in den Geweben dieser Partie zeigt."

„Alle Veränderungen in der Epidermis sind Folgen dieser Ernährungsstörung, welche das Ergebnis dieser lokalisierten Entzündung sind."

Wir wollen hier folgendes bemerken: 1. Nimmt AUSPITZ mit der Wiener Schule die Identität beider Formen an und hält Lichen ruber acuminatus und planus für einen und denselben Prozefs. Selbst der Schöpfer der acuminativen Form, KAPOSI, gibt lediglich für beide Formen die eine und selbe anatomische Erklärung; 2. haben wir schon im klinischen Teile dieser Arbeit darauf hingewiesen, dafs ROBINSON unter Lichen ruber HEBRA sowohl akuminate als plane Papeln unter einem beschreibt und

nachher separat noch den Lichen planus, was ja doch nicht zukömmlich ist, wenn beide Formen so strenge geschieden werden sollen.

Somit wäre denn, wenn auch ein Irrtum von Robinsons Seite in der klinischen Auffassung nicht anzunehmen wäre, diese anatomische Zweiteilung ein sehr schwacher Beleg für das Existieren eines Lichen ruber acuminatus.

Und nun finden wir in der neueren Litteratur nur einheitliche anatomische Daten und zwar nur über Lichen ruber planus. Eine hervorragende Stelle müssen wir nach Crocker der Arbeit Weyls einräumen, der mit Köbner die allerersten Anfänge der Krankheit anatomisch erläuterte. Nach ihm lassen die mikroskopischen Untersuchungen „keine andre Deutung zu, als dafs der allererste Anfang des pathologischen Vorganges in einer perivaskulären Wucherung der Gefäfse des obersten Cutisbezirkes bestehe, nachher gesellen sich Zelleninfiltrate in den Papillen den Gefäfsverlauf folgend hinzu; alle übrigen von Crocker, Neumann (wir können auch sagen Scheuthauer, Bisiadecki, Obtulovitz, R.) beschriebenen Befunde sind spätere Stadien. Boeck fand auch vorwiegend entzündliche Prozesse vor.

Auch ich habe Grund, einen entzündlichen Prozefs bei Lichen planus anzunehmen, und meine Befunde decken fast vollkommen die diesbezüglichen Angaben Crockers und Weyls [85]. Es wäre nur noch über Lassars bakteriologische Befunde bei Lichen ruber planus einiges zu bemerken. Leider herrscht einstimmige Verwerfung dieser Hypothese vor; denn Lassars Angaben werden von keiner Seite bestätigt. Weder Weyl noch Köbner, Boeck, Geber und Preisz haben die nach Lassars Methode gesuchten Bakterien gefunden.

Wir haben alle uns zugänglich gewesenen anatomischen Daten kurz wiedergegeben und nach diesen müssen wir konstatieren, dafs wir über die Anatomie des Lichen ruber acuminatus noch weniger wissen, als über die Klinik desselben. Die mikroskopischen Untersuchungen unterstützen gar nicht die Annahme eines Lichen ruber acuminatus. Eine beglaubigte, kontrollierte Untersuchung existiert über-

haupt nicht, denn obzwar KÖBNER angibt, Fälle von Lichen ruber acuminatus untersucht zu haben, finden wir bei ihm kein Wort mehr darüber.

Fast einhellig sind wir aber in Auffassung und Darstellung der anatomischen Grundlage des Lichen planus übereingekommen.

Referate.

Prof. Dr. ALFRED FOURNIER, Mitglied der Akademie der Medizin zu Paris. **Die öffentliche Prophylaxe der Syphilis.** Übersetzt von Dr. EDMUND LESSER, Privatdozent an der Universität Leipzig. Leipzig. F. C. W. VOGEL. 1888.

Vorliegende Arbeit enthält den Bericht einer aus den Herren RICORD, BERGERON, LE ROY DE MÉRICOURT, LÉON LEFORT, LÉON COLLIN und ALFRED FOURNIER bestehenden Kommission, die eingesetzt war, um die „für die öffentliche Prophylaxe der Syphilis erforderlichen Reformen und Neuerungen zu studieren und über diesen Gegenstand einen Bericht zu entwerfen, welcher an die kompetenten Behörden gerichtet werden sollte."

Die Schrift bringt nach der Einleitung — die sich mit den Gefahren der Syphilis nicht nur für das Individuum, sondern auch für die Nachkommenschaft, welch letztere zu schützen doch sicher die Behörde verpflichtet ist, beschäftigt — folgende Kapitel: Die prophylaktischen Maßregeln der Behörden. Diese sollen sich besonders gegen die „öffentliche Anlockung" richten. Es werden hier Verhältnisse berührt, die durchaus in vielen Großstädten dieselben sind, wie in Paris; namentlich wird auf die Gefahren der Bier- und Weinwirtschaften mit zweifelhafter weiblicher Bedienung hingewiesen. Verlangt wird: Regelmäßig wiederholte Untersuchung aller Frauenzimmer, die sich des Vergehens der Anlockung schuldig gemacht haben. Internierung der Frauenzimmer, welche mit venerischen Krankheiten und besonders mit Syphilis behaftet sind, in besonderen Krankenhäusern.

In Paris werden venerisch Erkrankte bis jetzt nach St. Lazare, d. h. ins Gefängnis geschickt, und zwar auf Beschluß der allmächtigen Polizei. Die Kommission verlangt hier ein Gesetz, das Polizeiwillkür ausschließt. Die Einschreibung eines Frauenzimmers, welches sich des Vergehens der Anlockung auf offener Straße schuldig gemacht hat, darf nur durch einen Gerichtshof und nur nach einer Verhandlung mit der Möglichkeit der Verteidigung geschehen.

Die folgenden Kapitel: Unterbringung in Krankenhäusern, Behandlung, berühren mehr speziell französische Verhältnisse; was da

gewünscht wird, ist in unsern grofsen Städten und auf den Universitäten übrigens mehr oder minder vorhanden. Das Gleiche gilt für das Kapitel: Reformen des Unterrichts.

Dann folgt: Prophylaxe der Syphilis in der Armee und in der Marine.

Die im letzten Kapitel: Prophylaxe der durch das Säugen verursachten syphilitischen Ansteckungen, gestellte Forderung: „Niemand darf in einem Stellenbureau eine Amme mieten, wenn er nicht ein ärztliches Attest beibringt, welches der Amme Garantie gegen jede Gefahr einer Ansteckung gibt, die ihr von dem Säugling drohen könnte“ — scheint uns sehr beherzigenswert.

Die recht gut übersetzte Schrift wird allen, die sich für die einschlägigen Fragen interessieren, angelegentlichst empfohlen.

Hamburg. von Düring.

Baumgarten. **Lehrbuch der pathologischen Mykologie.** Vorlesungen für Ärzte und Studierende. 2. Hälfte. 1. Halbband. Braunschweig, Harald Bruhn. 1887.

Bei dem grofsen Wandel, den wir durch die allseitige rastlose Arbeit auf dem Gebiete der spez. Mykologie täglich in bezug auf viele Einzelfragen und neue Thatsachen sich vollziehen sehen, ist einerseits ein Buch wie das vorliegende eine sehr schwierige, ja fast unmöglich scheinende Arbeit, anderseits aber auch ein dringendes Bedürfnis, um uns zu zeigen, was geleistet und was noch zu leisten ist.

Wenn nun ein Forscher, dem wir so Bedeutendes auf dem Gebiete verdanken, und der dabei zugleich, wie wenige, die Eigenschaft besitzt, klar und kritisch alles Dahingehörige zu übersehen, diese Arbeit unternimmt, so ist wohl zu erwarten, dafs uns etwas Vorzügliches geboten wird.

Und in der That ist diese Erwartung erfüllt worden. Ein eigentliches Referat des Buches zu geben, ist unmöglich. Wir müssen uns darauf beschränken, auf einige besonders interessante Abschnitte, auf eigenartige Anschauungen des Verfassers hinzuweisen und können nur jedem Arzte empfehlen, dieses überaus anregende Buch selbst zu studieren.

Vorweg wollen wir die rühmenswerte Objektivität des Verfassers, der doch selbst Autorität auf dem Gebiete ist, besonders hervorheben.

In der vorliegenden ersten Hälfte sind die pathoforen Kokken und ein Teil der pathoforen Bakterien, inkl. des noch nicht ganz vollständigen Abschnittes über den Tuberkelbacillus, enthalten.

Mit den Erysipelkokken beginnend, geht Verf. dann zu den Pneumoniekokken über. Es werden hier alle als Erreger der kruppösen Lobärpneumonie angegebenen Kokken genau beschrieben. Verf. ist aber der Ansicht, dafs nur ein Kokkus wirklich die eigentliche Ursache der Pneumonie ist;

und zwar sieht Verf. den von FRÄNKEL-WEICHSELBAUM gezüchteten „Diplococcus pneumoniae“ als den (wahrscheinlich) richtigen an.

Weiter folgen dann die Gonokokken, mit einem Anhange über die Kokken bei Pseudo-Gonorrhöe.

Dann folgt der — neben dem Kapitel über Tuberkulose — interessanteste und vollendetste Teil des vorliegenden Halbbandes: Die pyogenen Kokken.

Hier ist eine Schilderung der Lehre von der Eiterung und der Beteiligung der Mikroorganismen an denselben gegeben, die sich den COHNHEIMschen klassischen Kapiteln über die Eiterung in seiner „Allgemeinen Pathologie“ würdig an die Seite stellt. In den einleitenden Bemerkungen unterzieht Verf. die GRAWITZschen Untersuchungen und deren Resultate, daſs „chemische Substanzen verschiedener Art, frei von Bakterien in der Subcutis unter Umständen Eiterung bedingen können und in richtiger Menge und Konzentration bei der richtigen Tierart angewandt ausnahmslos bedingen müssen“ einer sehr objektiven Kritik. Die Ptomaïnetheorie kann gegenüber den von GARRÉ (subunguinale Eiterung), BOCKHART (typische Impetigopusteln) und BUMM ganz besonders erbrachten Beweisen, daſs der pyogene Traubenkokkus wirklich der Erreger der Eiterung ist, nicht bestehen. Und „gibt es wirklich rein „chemische“ Eiterungen, was a priori zu beanstanden uns durchaus fern liegt, so können dieselben für die Praxis gegenüber den bakteritischen, jedenfalls nur ein verhältnismäſsig untergeordnetes Interesse beanspruchen: erstens wegen der relativen Seltenheit ihres Vorkommens, zweitens weil sie an und für sich, d. h. ohne das etwaige Hinzukommen von Bakterien, gemäſs der Nichtreproduktionsfähigkeit ihrer Ursache, niemals „progressiv“ werden können.“ (pag. 288 und 289.)

Besonders für die spontane Eiterinfektion weist Verf. (pag. 306) die Theorie der „präparatorischen“ Ptomaïnenwirkung gänzlich zurück. Der Grund für die Unsicherheit der Tierexperimente, die GRAWITZ besonders für seine Theorie verwertet, liegt darin, „daſs die genannten Mikrobien von Natur aus nicht in gleichem Maſse virulent sind, wie für den Menschen.“ (pag. 309.)

Im weiteren teilt Verf. noch nicht veröffentlichte und derzeit noch nicht abgeschlossene Untersuchungen über das Zustandekommen der Eiterung mit, die von Dr. EHRENBERG und Dr. HOHNFELDT in BAUMGARTENS Laboratorium angestellt sind. Er schlieſst mit dem Satze: „Unsre diesbezüglichen Untersuchungen können nur dazu dienen, die COHNHEIMsche Lehre von der Herkunft der Eiterkörperchen: Alle Eiterkörperchen stammen aus dem Blute; die fixen Bindegewebszellen spielen bei der typischen Bindegewebseiterung, so lange die Eiterung im Entstehen und Fortschreiten begriffen ist, eine nur passive Rolle, auf das vollständigste zu bestätigen und neu zu befestigen.“

Eigenartig und wohl nicht unanfechtbar — aber in klarer Weise durchgeführt sind die Anschauungen des Verf. über die Bedeutung des

Streptococcus pyogenes für das Zustandekommen erysipelatöser und auch eiteriger diphtheritischer Prozesse. Wenn wir auch zugeben müssen, daſs die Darlegungen des Verf. etwas Überzeugendes haben, so glauben wir doch, daſs seine Schlüsse hin und wieder zu sehr über noch unaufgeklärte Punkte hinweggehen.

Es folgen als Anhang die Kokken der progressiven Gewebsnekrose der Mäuse; die „Septikämie"-Kokken. — Weiter die Trachomkokken, Kokken des Myko-Desmoïdes der Pferde, der Pseudotuberkulose des Meerschweinchens, der progressiven Granulombildung der Tiere, der Krankheit des Graupapageien; ferner Kokkenbefunde bei Granuloma fungoïdes, bei Orientbeule, bei Diphtherie, bei Keuchhusten, bei Koryza, bei Influenza, bei Masern und Scharlach, bei akuter gelber Leberatrophie, bei Gelbfieber, bei Haemophilia neonatorum, bei Variola, bei Varicellen, bei Syphilis, beim Ulcus molle, bei Lyssa, bei Hodgkinscher Krankheit, bei der Perlèche, bei Maul- und Klauenseuche, bei der Rinderpest; zum Schluſs Kokken als Erreger epidemischer Krankheiten von Insekten.

Von den pathoforen Bacillen bringt der vorliegende Teil: die Milzbrandbacillen, die Bacillen des malignen Ödems, die Rauschbrandbacillen, die Bacillen des Schweinerotlaufs, die Bacillen der Mäuseseptikämie, die Bacillen der Rinderseuche, septischen Pleuropneumonie der Kälber, Wildseuche, Schweineseuche, des Geflügeltyphoïds (Hühnercholera), der Koch-Gaffkyschen Kaninchenseptikämie, des Bacillus pyogenes foetidus (Passet), die Typhusbacillen, die Tuberkelbacillen.

Der letzte Abschnitt ist, wie sich voraussetzen läſst, besonders ausführlich und interessant; die eigne Arbeit des Verf. auf diesem Gebiete und seine Litteraturkenntnis wirken zusammen, um uns etwas Vollkommenes zu bieten:

Zunächst gibt Verf. eine kurze Übersicht seiner eignen Untersuchungen über die Histiogenese des Tuberkels, besonders über die karyokinetischen Vorgänge. — Im weiteren entwickelt B. auch hier eigenartige Ansichten, die wohl zum Teil nicht unwidersprochen bleiben dürften; so z. B., daſs der tuberkulöse Eiter kein eigentlicher Eiter sei, sondern ein Schmelzungsprodukt käsiger Massen.

Wie Ref. schon zu Anfang sagte — das Buch ist durch die Fülle eigner Ideen, treffender Urteile ganz besonders anregend; nirgends treffen wir auf langweilige Breite, trockene Aufzählung der Thatsachen. Auch die Litteraturangaben sind durch eingeflochtene Kritik und verbindenden Text so ausgestattet, daſs sie — was wohl selten der Fall sein dürfte — gelesen zu werden verdienen.

Hamburg. von Düring.

Beitrag zum Studium des sogenannten „Pied de Madura", einer Trophoneurose, von A. Lebouroux. (*Thèse de Bordeaux.* 1887.)

Der Autor bringt auf 45 Seiten die Krankengeschichte eines Mannes, der mit obigem Leiden behaftet war, und fügt derselben eine mikroskopische Untersuchung des Eiters bei; leider hat er mit demselben keine Impfversuche vorgenommen.

Der geschichtliche Teil seiner Arbeit ist bei weitem interessanter. Collebrock, der diese Krankheit zuerst studierte, nannte sie „Morbus Ballingali"; Brett (1840) bezeichnete sie vorsichtig als Sarcoma adiposum; Godefrey (1844) ganz allgemein als Ulcus grave; sechs Jahre später taufte er sie in einer Monographie Tuberculosis diffusa pedis um. Derselben Ansicht huldigten von 1854—1861 Eyre und Minas. Carter sprach sich im Jahre 1859 sehr voreilig für die parasitäre Natur dieses Leidens aus. Im selben Jahr erschien eine bescheidene Arbeit: die Vorlesung von Collai über die endemische Degeneration der Fufsknochen.

1860 beschrieben Berkeley und Biddiè einen Entophyten. Ch. Robin (1863) dachte an eine epitheliale Wucherung, wies aber die verlockende Cartersche Theorie der Mikrophyten weit von sich.

1883 veröffentlichte Glurek zu Danzig unter dem Titel „Pied de Madura" einen Aufsatz, in welchem er die Behauptung aufstellte, dafs der parasitäre und epiphytische Charakter der Krankheit jetzt aufser Zweifel sei; wiewohl er sich dabei nur auf die Angaben von Carter und Biddiè stützte. 1875 erwähnen Lewis und Cunningham einer Krankheit „Fungus de l'Inde"; 1876 gebrauchen sie 2 Namen: „Pied de Madura" und „Mysetone". Durch scharfsinnige Unterscheidungen gelangten sie zu drei verschiedenen Formen: die blasse, die rosafarbene und die dunkle; bei den beiden ersteren kämen keine Parasiten vor, bei den letzteren bisweilen. Vergeblich sucht man in ihrer Arbeit den vielgenannten Parasiten „le Chionyphe Cartery de Berkeley". Nach ihnen ist der Pilz die Folge und nicht die Ursache der Gewebsveränderung. Layet sieht in dem Leiden eine Übergangsform zur Lepra. Jedoch läfst er es dahingestellt, ob die Störung nicht ursprünglich in einer eigenartigen Degeneration der Talgdrüsen bestehe, durch sie eine Art molluskoïder Erkrankung, die zu den Epitheliomen zu rechnen sei, entstehe.

Lancereaux steht der parasitären Theorie ablehnend gegenüber. Nielly (1860) glaubt nicht an einen internen Ursprung.

An diesen geschichtlichen Überblick knüpft der Verf. nun seine Betrachtungen an und gelangt zu folgenden Schlüssen:

Die Krankheit, genannt „Pied de Madura", kommt nicht nur in Indien vor, zweifellose Fälle sind in Amerika zu Chili und Guyana, in Afrika am Senegal beobachtet.

Das Leiden befällt gleichmäfsig die weifse und die schwarze Rasse; es kann schon in der Kindheit sich entwickeln, und wenn man es häufiger

bei Erwachsenen beobachtet hat, so kommt das daher, dafs man den Beginn übersehen hat.

Der parasitäre Ursprung der Krankheit ist nicht erwiesen; vielmehr handelt es sich um eine Neubildung, die am häufigsten in Indien vorkommt.

Varietäten des „Pied de Madura" lassen sich je nach seinem Aussehen aufstellen, nicht aber nach der Carterschen Einteilung. Die tuberöse oder warzige (mamelonné) Baschaffenheit (Fall vom Mergel oder vom Senegal) ist bedingt durch die Natur des Landes, das Klima, die gesellschaftliche Stellung, Sorgen, Körperbeschaffenheit und besonders durch den Verlauf.

An diese Varietäten schliefsen sich an:

a. die „forme mamelonnée"; verläuft unter geringer Eiterung, mit zeitlich weit auseinanderliegenden Rückfällen, unter beständig erneuter Vernarbung, mit zahlreichen Fisteln. Fieber nur während des Anfalls; sehr verzögerte Heilung;

b. die „höckerige Form"; die Eiterung ist ausgesprochener, die einzelnen Anfälle häufiger. Höcker mit zahlreichen fistulösen Knötchen; lebhafte Reaktion bei jedem Anfall; schneller Verlauf. Diese Eigenschaften trifft man namentlich bei der Krankheit in Indien.

Die Erkrankung beginnt immer in der Tiefe; die Ausbreitung bis zum Knie desselben Beines ist selten, doch sind einige Fälle sicher beobachtet. Verf. neigt zur Annahme, dafs die Ursache des „Pied de Madura" eine Trophoneurose sei; er beruft sich dabei auf die Störungen am Knochen, die man bei dieser Krankheit beobachtet, und auf die granulären Degenerationen, die Michel und Teraud in den Nerven gefunden haben.

Einige Bemerkungen zur Abschwächung und Zerstörung des tuberkulösen Virus, von Dr. P. Florand. (*Thèse de Bordeaux.* 1887.)

Im Jahre 1865 zeigte Villemin, dafs, wenn man Teilstücke eines Tuberkels oder tuberkulöse Säfte in das Unterhautzellgewebe von bis dahin gesunden Tieren bringt, diese Tiere alsbald tuberkulös worden. Spillmann und Schmitt stellten fest, dafs der Beginn und der Verlauf der Tuberkulose sich ganz verschieden gestalten, je nach der Eingangspforte des Giftes. Tappeiner, Parrot, Gerlach, Klebs, Seimmer gelangten zu dem nämlichen Ergebnis.

Nach diesen kurzen geschichtlichen Bemerkungen kommt Verf. auf die Untersuchungen Pasteurs und seiner Schüler über die Mittel zur Abschwächung und Tötung von Infektionsstoffen zu sprechen. Alsdann behandelt er das tuberkulöse Virus im besonderen und erwähnt die wichtigsten über diesen Gegenstand erschienenen Arbeiten. Martin (1869) zeigte, dafs das Gift seine krankheitserregenden Eigenschaften verliere, wenn man es einer Temperatur von 100° aussetze; auch der Alkohol benimmt ihm seine

Virulenz. Vallin fand, dafs der tuberkulöse Saft unschädlich und steril wird, wenn man ihn mit Sublimat in Lösung oder mit Schwefel behandelt, vorausgesetzt dafs diese Mittel konzentriert sind. Parrot und Martin haben mit ausbleibendem Erfolg Salicylsäure, Chinin und Wasserstoffsuperoxyd (l'eau oxygenée) versucht. Eine Lösung von Brom im Verhältnis von 1 : 500 vernichtet die Virulenz, ebenso wie 3—6%ige Karbolsäurelösung; Kreosot dagegen schien ganz nutzlos zu sein. Sie kamen zu dem Schlufs, dafs der Mikrobe der Tuberkulose sich einer sehr starken Lebensfähigkeit erfreue, die man durch konzentrierte antiseptische Lösungen nur abschwächen könne. — Cavagnis endlich erklärte gefunden zu haben, dafs 2%ige Karbolsäurelösung die Virulenz des Tuberkelgiftes zerstöre, und dafs eine schwächere Lösung sie vermindere.

Verf. selber hat zuerst Versuche angestellt mit trockener Luft; jedoch fand er, dafs die Virulenz des Tuberkelgiftes unter Einwirkung des Sonnenlichtes und trockener Luft nur zunehme. Er wandte alsdann reinen Sauerstoff an; es zeigte sich dabei, dafs die tuberkulösen Gewebe ihre Virulenz einbüfsten, wenn man sie im pulverisierten Zustand, getrocknet der vereinigten Wirkung von Sauerstoff und Sonnenlicht aussetzt. — Schliefslich machte er noch Versuche mit Quecksilberdämpfen. Unter vier Fällen bewährte sich ihm dreimal die desinfizierende Kraft der Hg-Dämpfe. Aus diesen Versuchen lernen wir:

1. Die tuberkulösen Gewebe verlieren ihre Virulenz selbst bei langer Berührung mit trockener Luft nicht.

2. Sie verlieren sie aber, wenn sie, in getrocknetem Zustand, durch einen Monat der Einwirkung des Sauerstoffs ausgesetzt werden.

3. Nach ungefähr einmonatlicher Einwirkung zerstören Hg-Dämpfe fast immer das tuberkulöse Virus oder schwächen es mindestens sehr ab.

Über die Tuberkulosis der regio ano-rectalis, von Dr. Clurou. (*Thèse de Montpellier.* 1887.)

Schon Hippocrates war es bekannt, dafs die fistula ani häufig mit Lungenschwindsucht zusammentrifft. Andral und Louis bestritten diese Häufigkeit. Nach Allingham sind mindestens 14 % aller Rektalfisteln mit Lungenphthise verbunden. Hérard und Cornil (1868) hatten gefunden, dafs der Eiter einiger Analabscesse ganz die physikalischen und morphologischen Eigenschaften des tuberkulösen Eiters habe, aber sie äufsersten sich nicht über die tuberkulösen Ulcerationen von anus und rectum. 1871 teilte Malassez der anatomischen Gesellschaft einen Fall mit, welcher der histologischen Untersuchung von Cornil zur Grundlage diente. 1872 veröffentlichte Esmarch einen auf der Kieler Klinik beobachteten Fall. 1874 zeigte Martineau der Société médicale des Hôpitaux den Abgufs eines tuberkulösen Afters, und in der folgenden Sitzung brachte Feréol zwei

weitere Beobachtungen. Noch im selben Jahr zeigte Lionville der anatomischen Gesellschaft ein Präparat, das aus der Abteilung von Bénier stammte. Mollière lieferte (1877) in seiner Abhandlung über die Krankheiten von Rektum und Anus einen weiteren Fall von Tuberkulose des Mastdarms und Afters. Pozzi (*Thèse des Gualin*) nimmt an, die Prostata und namentlich die Samenbläschen könnten der Sitz einer Tuberkulose werden, die das Nachbargewebe in Mitleidenschaft zieht und zu Abscefs- und Fistelbildung führt. Nach Franz König beginnt die Krankheit mit einem tuberkulösen Geschwür des Mastdarms, das weiter ulceriert; es bildet sich ein Abscefs und im Anschlufs daran eine Fistel. Alle Fistelgänge liegen rund um den After, und das zu Tage liegende Geschwür hat alle Eigenschaften einer tuberkulösen Ulceration, bis auf die miliaren Knötchen. Wo im Rektum kein tuberkulöses Geschwür nachweisbar ist, findet man nicht selten die Fistel mit tuberkulösen Granulationen ausgefüllt.

Endlich entdeckt Koch den Tuberkelbacillus. Robert Smith ist der erste, der denselben im Abscefseiter nachweist, welcher vom Anus eines Phthisikers stammt. Die *Thèse de* Francous enthält drei Beobachtungen von Abscessen und tuberkulösen Fisteln, in denen man den Kochschen Bacillus fand. In seiner Arbeit erwähnt Francou der Ansicht von Tripier, wonach manche Abscesse der fossa ischio-rectalis dadurch entstehen sollen, dafs Tuberkelgift mittels der rückwärts vom Mastdarm befindlichen Lymphdrüsen verschleppt wird. — Der tuberkulösen Gummata der Ano-Rektal-Gegend wird zum erstenmal in dem Aufsatz von Tédenal Erwähnung gethan, wie Verf. im Verfolg seines geschichtlichen Überblicks mitteilt.

Verf. bespricht dann die tuberkulösen Geschwüre des Mastdarms und des Afters, die tuberkulösen Abscesse des Afterrandes, die tuberkulösen Abscesse des Spatium pelveo-rectale sup., die tuberkulösen Fisteln der regio-pelveo-rectalis inf. et sup., und schliefst mit einigen Worten über die tuberkulösen Knochenfisteln.

Beitrag zum Studium der Elephantiasis des Skrotums, von de Taroni. (*Thèse de Bordeaux*. 1887.)

Diese Arbeit enthält nur den Bericht über 2 Fälle von Elephantiasis des Skrotums, die bei den Eingeborenen von Neu-Caledonien und den umliegenden Inseln zur Beobachtung kamen. Verf. teilt uns das Geschichtliche und die schon so oft geschilderte Symptomatologie mit und verweilt reichlich lange bei der Aufzählung der möglichen chirurgischen Eingriffe. Er schliefst seine Inaugural-Dissertation mit einer vergleichenden Übersicht über die beiden Methoden, die er als Heilverfahren hat anwenden sehen, nämlich die Methode mit Anaplastie und ohne Anaplastie.

Untersuchungen über die papulo-sqamösen Syphilide, die unter der Form einer Psoriasis vulgaris auftreten, von Dr. M. Ségny. (*Thèse de Bordeaux.* 1887.) Im ganzen wenig interessant, bringt nur einen Bericht über die Arbeiten, die über diesen Gegenstand erschienen sind. Erwähnt sei die Fournier'sche Tabelle der wesentlichsten Unterscheidungsmerkmale zwischen der Psoriasis vulgaris und den psoriasisähnlichen Syphiliden. — Der Verf. bringt in seiner Abhandlung seine eigne Beobachtung; die übrigen sind den Arbeiten über Syphilis von Alibert, Fournier und Barthélemy entnommen.

Über die Erkrankungen des Auges bei Gesichtsrose, von Dr. A. Colle. (*Thèse de Bordeaux.* 1887.)

Verf. untersucht nacheinander die Störungen, die beim Erysipel auftreten können:

1. An den Augenlidern und dem Zellgewebe. Abscesse, Phlegmonen, Gangrän; Verzerrrungen der Augenlider; Blepharitis ciliaris und Trichiasis.
2. An der Conjunctiva palpebr. et bulbi: Einfache Conjunctivitis cat. Verf. weist dabei auf den günstigen Einfluſs hin, den das Erysipel auf manche chronische Affektionen des Auges haben kann.
3. An den Thränenwegen: Verstopfung der Thränenpunkte und ihrer Kanälchen; Thränenfluſs, Entzündung, Kompression, Einschnürung und infolge dessen Anschwellung und Fistelbildung des Thränensacks. Die nämlichen Gefahren bedrohen den Nasenkanal.
4. Am Auge selbst können betroffen werden: die Cornea, Iris, Chorioidea, Glaskörper, Linse.
5. Der Sehnerv und die Papille.

Im letzten und zugleich wichtigsten Teil seiner Arbeit prüft Verf. die Gefäſserkrankungen und namentlich die Störungen an der Vena ophthalm.; sie bildet häufig den Ausgangspunkt für Verschlimmerungen der erysipelatösen Komplikationen des Auges, oder verschleppt gar den Entzündungsreiz zu den Hirnhäuten und dem Gehirn selber.

Beitrag zum Studium der Paraplegia praecox auf syphilitischer Grundlage, von Dr. A. Proux. (*Thèse de Bordeaux.* 1887.)

Nach einigen geschichtlichen Bemerkungen zur Frage bringt Verf. mehrere Beobachtungen aus der Klinik für Nervenkrankheiten zu Bordeaux, sowie Krankengeschichten der verschiedenen Autoren, die sich mit Hirnsyphilis beschäftigt haben.

Ätiologisch macht er wie alle andre Anstrengungen, Exzesse aller Art, Schwächung des Körpers durch voraufgegangene Krankheiten, den Alkoholismus u. s. w. verantwortlich.

Die Zufälle bei der Paraplegia praecox schreibt er zwei verschiedenen Arten von Störungen zu.

1. Endarteriitis der kleinsten Gefäfse und infolge dessen Kreislaufstörungen.

2. Vorübergehende Entzündung des lymphoiden Gewebes.

Auch er nimmt an, dafs die Paraplegia praecox recidiviert und bisweilen ein Symptom beginnender Ataxie bildet.

Die spezifische Behandlung mufs energisch durchgeführt werden.

Über einige nicht venerische Erkrankungen der Geschlechtsteile in den heifsen Zonen, von Dr. LASSABATIE. (*Thèse de Bordeaux.* 1887.)

Die Schlufsfolgerungen, zu denen Verf. in seiner Arbeit gelangt, sind besonders für die Hygieine und die Therapie beachtenswert. Nach ihm bedürfen jene Fälle von Urethritis, Orchitis, Epididymitis ohne Gonorrhöe, ohne irgend eine der üblichen Ursachen, ferner die Spermatorrhöe, die Leukorrhöe, die Metrorrhagien, die auf keine andre Ursache als Miasmen zurückzuführen sind, einer ganz besonderen Behandlung. Die gebräuchlichen Mittel liefsen völlig im Stich, während das Chinin in richtiger Anwendung sich wirksam erwies. Wenn man in allen diesen Fällen nur von Malaria spricht, so geschieht das deshalb, weil in den heifsen Zonen die Wirkung der Malaria sich immer mit andern ätiologischen Einflüssen verbindet, so mit Bakterienwirkung, mit Filariaerkrankung, ferner mit gewissen klimatischen Einflüssen und körperlichen Dispositionen. In diesem letzteren Fall mufs die Hygieine eingreifen, und sie thut es mit mehr Erfolg als die Therapie, denn sie verhindert die Krankheit am Erscheinen. Zum Beleg seiner Ansicht teilt der Verf. einen Fall von Orchitis mit, die ohne nachweisbare Ursache entstanden war und innerhalb fünf Tagen durch einfache Ruhe heilte; ferner zwei Fälle von Elephantiasis, die endemische Einflüsse zur Ursache hatten, sowie mehrere Fälle von Febris biliosa mit Lymphangitis und lymphoider Hydrocele.

Zum Schlufs führt er die verschiedenen Fälle von Orchitis, Epididymitis und Urethritis an, die er durch miasmatische Einwirkung hat entstehen sehen.

Studium über die Syphilis der Nase und der fossae nasales (Primär- und Sekundärerkrankung), von Dr. A. DUPOUD. (*Thèse de Bordeaux.* 1887.)

Unter Hinweis auf die jüngsten Statistiken der ersten Syphilidologen zeigt Verf., dafs der primäre Nasenschanker äufserst selten sei. Man trifft ihn an den äufseren Bedeckungen, am Orif. ant. et post. der Fossae nasales. Es ist wohl meistens ein reiner Zufall, wenn der Schanker sich an dieser

Stelle entwickelt. Er macht dann verschiedene Symptome, je nach der Gegend, die er einnimmt; gewöhnlich sind die Drüsen am Unterkiefer und vor dem Ohr geschwollen. Die Syphilide des Orif. nasi sind ziemlich häufig, während die Schleimhaut-Plaques der vorderen Teile und der regio pituitaria nur selten vorkommen, und dann nicht immer leicht zu diagnostizieren sind.

Diese im übrigen wenig interessante Arbeit bringt eine Zusammenstellung aller Fälle von extragenitalem und besonders von Nasenschanker.

Lille. A. TAVERNIER.

(Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM in Hamburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Klinischer Beitrag zur Lehre von der Innervation der Blase, des Mastdarmes und der Geschlechtsfunktion (beim Manne), von Prof. Dr. BERNHARDT. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 32.) Am 10. Januar d. J. fiel ein ca. 30jähriger Maurer vom 2. Stock hoch hinunter auf das Gesäfs, infolgedessen er Schmerzen im Rücken verspürte und den Urin nicht freiwillig entleeren konnte. 24 Stunden nach dem Unfall wurde er zum erstenmale katheterisiert; unfreiwilliger Harnabgang fand nicht statt, dagegen unfreiwilliger Stuhlgang, der sich durch vorangehende Sensationen im Unterleibe bemerklich machte. Die Gegend zwischen dem 7.—12. Dorsalwirbel erscheint etwas geschwollen und ist auf Druck schmerzhaft. Die grobe Kraft der Unterextremitäten und Kniephänomene beiderseits vorhanden, das Fufsphänomen fehlt. Sohlenreflexe intakt; dagegen bestand absolute Anästhesie nicht allein für Berührungen, sondern auch für Temperaturdifferenzen und Nadelstiche in der Afterkerbe, am Anus und beiderseits in der Ausdehnung von 2—3 cm um die Afterkerbe herum, auf den Hinterbacken und der angrenzenden Haut der Hinterfläche beider Oberschenkel in einer eigentümlich geschweiften Figur bis zur oberen Grenze der untern Drittel beider Oberschenkel, und überschritt nicht eine die Hinterfläche der Oberschenkel halbierende Linie. Anästhetisch war ferner der ganze Damm, der Hodensack und der Penis von der Glans bis zur Wurzel; die Regio suprapubica aber und die Innenflächen der Oberschenkelhaut hatten ihre vollkommen normale Empfindlichkeit beibehalten, ebenso fast die ganze Regio sacralis und die Bauch- und Weichenhaut. 10 Tage später hatten die Schmerzen in der Wirbelsäule erheblich nachgelassen, doch katheterisiert sich der Patient zweimal täglich, und auf Abführmittel erfolgt Stuhlgang,

ohne daſs er den Durchgang der Fäces durch den Mastdarm fühlt. Dann und wann traten Erektionen ein, einmal hatte er eine Pollution. Mitte Februar vermag Patient bereits im Zimmer umherzugehen. Zeitweise unfreiwilliger Urinabfluſs. Potenz vorhanden; Coitus in normaler Weise (mit erhaltenem Wollustgefühl) möglich. Anfangs März scheint die vordere Skrotalhaut etwas empfindlicher geworden zu sein. Über den Coitus gibt der Patient an, daſs Erektionen durchaus wie früher zustande kämen, und daſs auch die Immissio penis, die Ejaculatio seminis wie früher bestehe, daſs aber der sezernierte Samen in der Urethra zurückbleibe und erst post cohabitationem langsam und tropfenweise aus der Harnröhre abflieſse. Die Diagnose war von vornherein sofort klar; die Nerven, Nervenwurzeln und die zentralen Ursprungsstätten des Plexus lumbaris und ischiadicus waren unversehrt geblieben, und die Läsion muſste unterhalb der Lendenanschwellung und unterhalb der Nervenursprünge der eben genannten Plexus gelegen sein. Interessant für die scharfe Scheidung der Innervation ist die erhalten gebliebene Empfindlichkeit der Hoden selbst gegenüber der Anästhesie der Skrotalhaut. Der N. spermaticus externus (vom N. genitocruralis), der neben dem Hoden selbst auch den M. cremaster innerviert (erhaltener Cremasterreflex) gehört dem intakt gebliebenen Plexus lumbaris an, ebenso ein Teil der die vordere Skrotalhälfte innervierenden Äste (vom N. ilioinguinalis). Durch die Intaktheit des Plexus lumbaris erklärt sich auch die vollkommen erhaltene Sensibilität der Gegend der Weichen, des Mons pubis und der Haut des Oberschenkels in der Gegend der fovea ovalis (Innervationsgebiete der Nn. iliohypogastricus, ilioinguinalis, genitocruralis). Da auch das Gebiet des I. und II. Sakralnerven offenbar unversehrt geblieben war, so wird auch die normale Empfindlichkeit der Lumbar- und oberen Kreuzbeingegend verständlich. Die Verbindung der N. perinaei vom Pudendo communis mit einem Ast des N. cutan. femoris posterior erklärt schliefslich die Anästhesie des innersten untersten Abschnittes der Glutäalhaut und der Haut der hinteren Oberschenkelgegend in den oben angegebenen Grenzen. Interessant ist ferner, daſs neben einer fast vollkommenen Lähmung der Blasen- und Mastdarmfunktionen das benachbarte Gebiet des die Geschlechtsfunktionen beim Manne vermittelnden Territoriums nur partiell beeinträchtigt war. Die N. erigentes scheinen gar nicht betroffen zu sein, doch waren die austreibenden Kräfte für den ergossenen Samen gelähmt.

Transplantation der Haut von einer Leiche, von Dr. Bartens in Roda. S.-A. (Ebendaselbst.) Ein 14jähriger Brauerlehrling war am 21. Oktober v. J. mit beiden Füfsen in eine Pfanne mit kochendem Bier geraten und hatte sich eine tiefgehende Verbrennung der Haut derselben zugezogen, so daſs der Verf., als er den Patienten sah, die Haut beider Füfse, mit Ausnahme der Fufssohlen, welche ziemlich intakt, und der Zehen, welche nur auf der Streckseite von Epidermis entblöfst waren, tiefgehend zerstört fand. Ebenso die Haut beider Unterschenkel 3—6 cm über die Malleolen hinauf. Die oberflächliche Zerstörung der Zehen heilte unter dem

Gebrauch von Jodoform, Lösungen von Kal. hypermang. und Kreolin bald, auch an den Rändern der Geschwürsflächen bildete sich gut aussehendes Narbengewebe, dann aber ging der Heilungsprozefs nicht weiter vorwärts, und es kam die Transplantation in Frage. Leider aber fehlte es dazu an Material, da der Kranke selbst durch die andauernd starke Eiterung zu sehr heruntergekommen war. Am 13. Dezember starb dann eine 75jähr. Geisteskranke infolge eines komplizierten Armbruchs an Pyämie. Von einem Unterschenkel derselben entnahm B. etwa 20 Minuten nach dem Tode 2 grofse, gut aussehende Hautlappen, welche in lauwarme Kochsalzlösung gelegt wurden. Nachdem dieselben dann von dem daran haftenden Fett gereinigt waren, wurden sie in etwa 1 cm breite und 1—2 cm lange Läppchen zerschnitten und auf die vorher mit warmem Wasser gründlich gereinigten Geschwürsflächen in gewissen Zwischenräumen gelegt. Die ganzen Flächen wurden mit Jodoform bestreut und darüber ein Watteverband gelegt. Die ganze Operation dauerte bis 1½ Stunde nach dem Tode der Person, von welcher die Haut entnommen war. Auf jeden Fufs waren 14 Hautläppchen gekommen. Am 19. Dezember erster Verbandwechsel. An jedem Fufs hafteten 12 Läppchen; von diesen sahen einige an den Rändern etwas mifsfarbig aus, die übrigen aber recht gut. Die Geschwürsflächen wurden mit dünner Lösung von Kal. hypermang. gereinigt und dann wie das erste Mal verbunden. Beim zweiten Verbandwechsel am 10. Tage nach der Transplantation waren sämtliche 24 Hautläppchen vorhanden, sahen nach der Abspülung recht gesund aus, und man sah von den Rändern einzelner schon eine deutliche Wucherung von Epidermis auf die umgebende Granulationsfläche ausgehen. Nadelstiche in die aufgepflanzten Hautläppchen, sowie leise Berührungen wurden deutlich empfunden. Die Vernarbung erfolgte jetzt rasch von den transplantierten Läppchen aus, nur über den Malleolen blieben Geschwürsflächen, die erst nach wiederholter Auskratzung heilten. Das neugebildete Narbengewebe war so dehnbar, dafs Patient laufen und alle Bewegungen der Füfse ohne irgend welches Hindernis machen konnte.

Zur Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Hydrargyrum oxydatum flavum im Vergleich zum Kalomelöl, von Dr. G. Kühn in Kottbus. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 31.) Seit der Anwendung von Kalomelöl will der Verf. keinen Abscefs mehr zu verzeichnen gehabt haben, und doch sei die Wirkung eine vorzügliche gewesen. Von der vorgeschriebenen Suspension (Kalomel 1,0, Olei olivar. optim. 10,0) hat er wöchentlich 1 Injektion tief intramuskulär gemacht; keine Massage, strenge Antisepsis, Reinigen der Kanüle mit 1% Karbolöl. Für die Mehrzahl der Fälle reichten 4—5 solcher Injektionen aus, doch waren in einzelnen Fällen 6 Einspritzungen notwendig. Zuweilen waren selbst diese nicht genügend; in letzterem Falle fügte er nach längerer Zeit noch bis zu 6 Einspritzungen hinzu, so dafs im ganzen 12 erforderlich waren. In bezug auf die Reaktionserscheinungen bei den Kalomelinjektionen ist Verf. nicht befriedigt; wenn

auch Abscesse gänzlich vermieden werden können, so ist doch die Schmerzhaftigkeit und Indurationsbildung oft sehr bedeutend. Was nun die Wirkungen der Injektionen mit Hydr. oxyd. flavum anbetrifft, von denen Verf. 400 bei 57 Patienten gemacht hat, so scheinen 6—10 der letzteren Art dieselbe Wirkung wie 4—6 von Kalomel zu haben. In 4 Fällen z. B. hat Verf. vom Hydrarg. flav. hintereinander je 14, 16, 18, 20 Einspritzungen für nötig gefunden. Derselbe Patient, welchem K. $^3/_4$ Jahre vorher eine schwerere syphilitische Affektion (serpiginöse Ulceration am Palatum molle) durch 12 Kalomelinjektionen beseitigte, wurde von einem nicht so ausgebreiteten Recidiv durch 18 Einspritzungen von Hydrarg. flav. nicht ganz geheilt. Die Reaktionserscheinungen bei den Injektionen von Hydrarg. flav. (1,0 : 30,0) sind aber auch geringer wie beim Kalomel. Kein Abscefs wurde unter 425 Injektionen konstatiert, keine bedeutende Induration. Stomatitis war nur in mäfsigem Grade bei 6 Personen aufgetreten. Mehrere Patienten haben versuchsweise Einspritzungen erhalten nacheinander von Hg flav. und Kalomelöl, ohne es zu wissen, dafs die Injektionsflüssigkeiten verschieden waren. Fast immer gaben sie von selbst an, dafs die nachher auftretenden Schmerzen nach Kalomelöl intensiver waren; die Indurationen waren ausgebreiteter, hielten oft 8—12 Tage an, während sie nach Hg flav. in 3—5 Tagen meistens verschwunden waren. Nach K.s Erfahrung entspricht die bessere Wirksamkeit des Kalomelöls der stärkeren Reaktion, bei Hg flavum ist es umgekehrt. Meistens begann K. bei seinen Patienten mit Hg flavum, und, wenn die Krankheitserscheinungen bald schwanden, wurde damit fortgefahren. Ferner schien dieses Präparat sehr geeignet für leichte Recidive, dann bei Nach- resp. prophylaktischen Kuren, d. h. solchen, die einer neuen Eruption der Syphylis vorzubeugen bestimmt sind. Kalomelöl wurde angewendet, wenn die Initialbehandlung mit Hg flav. zu geringe Fortschritte betreffs des Schwindens der Symptome machte ferner bei schweren Recidiven.

Zur Behandlung des Erysipels, von Dr. Weizel in Lemberg. (*Therap. Monatshefte.* Heft 8.) Die Angabe von Hilsmann in Konstantinopel betreffend die Behandlung von Erysipel durch Abbrennen von Werg über den mit Tuch bedeckten, vom Erysipel ergriffenen Stellen, kann W. aus seiner Gegend bestätigen, in dem diese Therapie von der ganzen ländlichen Bevölkerung seit undenklichen Zeiten geübt wird; sie ist in ganz Polen als Brennen des Rotlaufs bekannt und wirkt durch starke Erwärmung der betroffenen Teile.

Über das Hydrargyrum salicylicum, von Ellenberger und Hofmeister. (Ebendaselbst.) Aus dem physiologisch-chemischen Laboratorium der Kgl. Tierarzneischule zu Dresden. Das salicylsaure Quecksilber aus der Fabrik von Dr. F. von Heyden ist ein amorphes, weifses, geruch- und geschmackloses Pulver von neutraler Reaktion. Es löst sich so gut wie nicht in Wasser und Alkohol, enthält 0,2% Kristall- resp. hygroskopisches Wasser und 59% Quecksilber. Der Quecksilbergehalt ist ein konstanter

gegenüber den andern Quecksilbersalicylaten. Das Salz wird durch Essig-, Wein-, Milch- und Kohlensäure nicht verändert; Mineralsäuren scheiden daraus freie Salicylsäure aus. In einer Kochsalzlösung ist es leicht löslich, und zwar lösen sich 1,5 g des Quecksilbersalzes in 300 g einer 4,4% Kochsalzlösung. Die Experimente der Verf. konstatierten, dafs es ein vorzügliches antiseptisches, antizymotisches und desinfizierendes Mittel ist. Es dürfte sich bei der antiseptischen Wundbehandlung, bei Magendarmerkrankungen mit Gärung des Darminhaltes, bei der Syphilis (innerlich), bei syphilitischen und andern Geschwüren, beim Schanker, bei eiternden Wunden, bei parasitären Hautkrankheiten etc. empfehlen.

Über Akromegalie, von Prof. O. Fraentzel. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 32.) F. beschreibt folgenden Fall von Akromegalie: Ein 58jähr. Stellmacher hatte schon in seiner Jugend eine so enorme Entwickelung seiner Extremitäten, namentlich seiner Hände, dafs dieselben für die Wahl seines Berufes mafsgebend wurden. Im Anfang der 20er Jahre machte sich eine Polydipsie bemerkbar, die bis zu seinem Lebensende andauerte. Schon von Jugend auf ging mit der Polydipsie ein gewaltiger Abusus spirituosorum Hand in Hand. Er starb an Tuberculosis pulmonum, und die Obduktion ergab folgendes für uns hier Erwähnenswerte: Nase sehr stark, Länge des Nasenrückens 6½ cm, Breite der Nasenflügel annähernd 5 cm, Lippen sehr dick, besonders stark die Unterlippe. Die Ohren haben ein normales Ansehen. Die Handgelenke sind auffallend breit, messen ungefähr 7 cm, die Hände stark vergröfsert, haben in der Gegend der Gelenke, welche die Mittelhand mit den Fingern verbinden, eine Breite von 10 cm beiderseits. Die Zeigefinger haben eine Länge von 10½ cm, die Mittelfinger von 11½, die 4. Finger von 11,2, die 5. Finger von 9½ cm. Über den Gelenken zwischen Mittelhand und Finger beträgt die Zirkumferenz 23 cm, die Zirkumferenz der ersten Phalanx jedes Zeigefingers 9, der 2. Phalanx 8, der 3. 7,3 cm. Die Zirkumferenz der 1. Phalanx des Daumens mifst 9 cm, des Gelenks zwischen 1. und 2. Phalanx 10 cm, der 2. Phalanx 9½ cm, der 1. Phalanx des Mittelfingers 8½ cm, des Gelenks zwischen 1. und 2. Phalanx 8½ cm, der 2. Phalanx 8½ cm, des Gelenks zwischen 2. und 3. Phalanx 8 cm, der 3. Phalanx 7½ cm. Die Nägel sind auffallend breit. Der Fufs (resp. die Füfse) hat eine Länge von 28 cm, über der Spanne eine Zirkumferenz von 28,3 cm, über den Gelenken zwischen Mittelfufs und Zehen von 27 cm. Der Umfang der ersten Phalanx der grofsen Zehe beträgt 12 cm, die übrigen dementsprechend. Die Fibula hat ungefähr eine Länge von 33 cm, die Patella eine Breite von ungefähr 5½ und eine Länge von ungefähr 5 cm. Der Umfang des rechten Kniegelenks beträgt 37 cm, die Mitte des rechten Oberschenkels 38 cm, der Umfang der Wade 29,3 cm, der Umfang der Unterschenkel zwischen mittlerem und unterem Drittel 23 cm, über den Kondylen gemessen 28 cm. Breite des Beckens ungefähr 32 cm. Das Unterhautzellgewebe enthält nur kleine Inseln von Fett, welche überall von

breiten Zonen weifslichen Gewebes begrenzt sind, in dem man einzelne Lymphgefäfse deutlich erkennen kann. Von der Thymusdrüse fehlt jede Spur, deswegen müssen die ausführlichen Auseinandersetzungen von KLEBS, welche gerade diesen Punkt betreffen, vorläufig als thatsächlich nicht genügend begründet angesehen werden, aber auch an der Schilddrüse waren keine besonderen Erscheinungen zu bemerken, und die Hypophysis cerebri war, wenn überhaupt, nur sehr unbedeutend vergrößert. Patient gab während des Lebens wiederholt an, dafs bei seinen Eltern und seinen Brüdern, von denen noch 2 am Leben sind, keine derartigen Wachstumsanomalien zu bemerken gewesen wären. Dagegen zeige eine seiner beiden Töchter, die jetzt 11 Jahre alt wäre, schon seit mehreren Jahren auffallend grofse Füfse, auch ergab die Untersuchung der Hände des Mädchens die Anfänge der Krankheit.

Kadaverin, Jodoform und Eiterung, von Stabsarzt Dr. BEHRING. (Ebenda.) Verf. sagt am Schlufs seiner uns (vielleicht) nicht weiter interessierenden, aber höchst wertvollen Arbeit, dafs das Jodoform nach dem jetzt geltenden Sprachgebrauch kein Desinfiziens, auch nicht einmal ein Antiseptikum ist; denn pathogene Organismen, wie Milzbrandbacillen, die durch ihre Menge und Verbreitung schliefslich den tierischen Körper ersticken, oder Erysipelkokken, wenn sie kein Sekret liefern, welches das Jodoformmolekül aufschliefsen und dadurch wirksam machen kann, können auch unter dem Jodoformverbande ihre verderbliche Thätigkeit fortsetzen. Aber für die vielen, mit bösartiger Sekretabsonderung und virulentem Eiter einhergehenden Wundkrankheiten hat uns von MOSETIG im Jodoform ein Heilmittel, und zwar der besten eines, kennen gelehrt, selbst wenn es nach der heutigen Terminologie keinen Anspruch auf den Namen „Antiseptikum" machen dürfe.

Berlin. L. HOFFMANN.

Lymphangiom der Haut mit verkalktem Inhalt, von Dr. LEWINSKI. (*Virchows Arch.*) Verfasser untersuchte ein Lymphangiom der Haut, dessen Inhalt vollkommen verkalkt war und sich in HCl auflöste. Entgegen den Angaben WEGNERS fand er an den Wänden der Hohlräume nur sehr selten Endothelien.

Masern, von Prof. FÜRBRINGER. (S. A. aus *Real-Encyklopädie* von Prof. EULENBURG.) Mit der das ganze Werk kennzeichnenden Gründlichkeit ist auch diese Monographie aus den bewährten Händen des Verf. hervorgegangen. In klarer, lichtvoller Weise wird hier die gesamte Pathologie dieser Krankheit dargestellt.

Hamburg. FINK.

Italien.

Tuberkulöse Hautulceration am Perineum, von Dr. Marianelli. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle.* Heft 1. 1888.) Ein Marmorarbeiter, 42 Jahre alt, aus Carrara, liefs sich auf der dermo-syphilopatischen Klinik des Prof. Celso Pellizzari in Pisa am 11. August 1887 aufnehmen. Eine Geschwürsbildung am Perineum verursachte ihm grofse Beschwerden namentlich bei der Defäkation. Aus der Anamnese ist kurz zu berichten, dafs er vorher an keiner Affektion gelitten; seine Eltern starben im vorgerückten Alter an unbekannter Krankheit; er selbst ist verheiratet und hat vier lebende und gesunde Kinder. — Alkoholismus und keltische Infektion wird geleugnet.

Bei der lokalen Besichtigung der erkrankten Stelle bemerkt man rechts nnd links des Orific. ani eine 4 cm breite und 7 cm lange Geschwürsfläche, nicht tiefgehend, mit unregelmäfsigen eingeschnittenen Rändern. Diese sind scharf gezeichnet, schief abfallend, leicht erhaben und von rosiger Färbung. Auf dem granulösen, gelblichgrauen Grunde, der nur wenig serös-eiterige Flüssigkeit serzerniert, erheben sich papilläre Ge-Gebilde von blafsroter Farbe und von verschiedener Form und Gröfse. Die Geschwürsfläche blutet nicht leicht, ist aber bei der leisesten Berührung sehr schmerzhaft. Die umliegende Haut bietet keine Spur irgend welcher Alteration; am Grunde der Ulceration keine Induration; die nahen Lymphgefäfse und Ganglien normal.

Bei der allgemeinen Untersuchung des Kranken fällt vor allem seine exzessive Magerkeit auf. Skelettbau normal entwickelt; Muskulatur schwach; die Haut ist welk und läfst sich in grofsen Falten abheben; Panniculus adiposus sehr spärlich.

Bei der Perkussion und Auskultation des Thorax sind Kavernen an den Lungenspitzen nachweisbar. Abendliche Steigerung der Körpertemperatur (38 °), profuse nächtliche Schweifse, etwas frequente und diarrhoische Evakuationen. Im Sputum zahlreiche Bacillen.

Sowohl der allgemeine Zustand des Patienten, als auch die Form und das Aussehen der beschriebenen Ulceration wiesen auf die tuberkulöse Natur derselben hin. Viele Gründe, die A. nacheinander auseinandersetzt, sprechen gegen eine einfache Ulceration, gegen Hautepitheliom, gegen ein venerisches Geschwür und gegen ein syphilitisches Geschwür.

Durch bakteriologische Untersuchung des Sekretes zuerst nach der Koch-Ehrlichschen Methode und dann nach der Ziehlschen Methode konnte man die Gegenwart von Tuberkelbacillen nicht nachweisen. Wohl sind die wiederholt mit dem Sekrete vorgenommenen Inokulationen auf Tiere (Meerschweinchen) stets von positiven Ergebnissen gefolgt worden.

Aus dem Befunde bei der histologischen Untersuchung einiger aus der lädierten Stelle entnommenen Gewebsstückchen heben wir hervor: Infil-

tration des Papillarkörpers und Entzündungserscheinungen des ganzen Derma. Hier und da meistens nahe den Haarfollikeln oder den Talgdrüsen traten Inselgruppen hervor, bestehend aus kleinen Zellen mit einer Riesenzelle in ihrer Mitte; man hatte jedoch nicht jenes charakteristische Ensemble von epithelioiden und embryonalen Zellen, welche den typischen Tuberkel zusammensetzen. Bei der bakteriologischen Untersuchung der Gewebsstückchen gelang es, wenn auch in sehr geringen Mengen den Kochschen Bacillus zu finden.

Die Sektion der Versuchstiere bestätigt die Diagnose von Tuberkulose.

Zum Schlufs seiner Arbeit macht Verf. einige Bemerkungen über den von ihm so genau studierten Fall von Tuberkulose der Haut. Wir fassen jene Bemerkungen hier kurz zusammen:

Die Haut kann von zweifelloser und weitentwickelter Tuberkulose befallen sein, ohne auch notwendigerweise das Bild des klassischen Tuberkels zu bieten. Vielleicht hing in dem vorliegenden Falle damit zusammen, dafs die Gewebsstückchen zu oberflächlich ausgeschnitten wurden; wenn die Untersuchung in den tieferen Partien, wo die Haut mehr lädiert war, vorgenommen worden wäre, hätte man vielleicht mehr Bacillen gefunden.

Entgegen den Behauptungen Arloings ergibt sich aus den Experimenten, die im Laboratorium der Klinik Pellizzaris vorgenommen wurden, dafs die Meerschweinchen nicht leicht tuberkulös gemacht werden können durch Impfung von Fragmenten aus Lupus und Hautskrofulose. Hingegen haben die Inokulationen auf Meerschweinchen mit Produkten der hier beschriebenen Dermotuberkulose ganz evidente, rasche, typische, positive Resultate ergeben; dies würde für die Differenz sprechen zwischen den klinischen Formen: Tuberkulose, Skrofulose der Haut und Lupus. Damit möchte jedoch Verf. die Frage der pathologischen Entität und ätiologischen Gemeinschaft dieser drei Krankheitsformen nicht präjudizieren.

Ein dunkler Punkt dieses Falles von Hauttuberkulose könnte vielleicht darin gesucht werden, dafs in dem Sekrete der Ulceration absolut keine Tuberkelbacillen nachgewiesen werden konnten, obwohl die bakteriologische Untersuchung wiederholt und mit der skrupulösesten Genauigkeit vorgenommen wurde, während hingegen die Inokulation einer sehr kleinen Menge desselben Sekretes in raschester Weise eine evidente spezifische Allgemeininfektion bewirkt hat. Aber eine solche Frage, meint Verfasser, ist noch weit von ihrer Lösung, und es ist daher ratsam, für jetzt die einfachen Thatsachen hinzunehmen, ohne sich in mehr oder minder hypothetische Erklärungen einzulassen.

Der Katheterismus bei syphilitischen Stenosen des Kehlkopfes, von Prof. Ferrari, Catanea. (*Lo Sperimentale.* Heft 6. 1887.) Auf plausiblen Gründen sich stützend, verwirft T. die Tracheotomie, die nur in dem Falle vorzunehmen wäre, wo die Versuche einer mechanischen und allmählichen Dilatation von der Mundhöhle aus zu keinem Resultate geführt haben.

In der That bedingt die Tracheotomie nicht indifferente Komplikationen infolge des leichten Auftretens von broncho-pulmonären Formen; sie immobilisiert die Respirationsmuskeln des Kehlkopfes und vereitelt oft bei erwachsenen Personen jeden Versuch einer definitiven Schliefsung der Wundöffnung, so dafs, wenn auch die Heilung der Stenose erzielt wurde, doch immer die traurige Aussicht auf ein permanentes Tragen der Trachealkanüle zurückbleibt.

Verf. unterstützt seine Behauptungen durch Fälle eigner Beobachtung, bei welchen er recht gute Erfolge von der graduellen Dilatation der verengerten Stellen mittels der Schrötterschen Kanülen gesehen hat.

Verf. schliefst mit folgendem Satze konservativer Chirurgie: In jedem Falle von Kehlkopfstenose wird man die Tracheotomie und Laryngotomie nicht eher vornehmen, bis man nicht alles versucht haben wird, um die Passierung der Sonden mit Zuhilfenahme des Spigels und bei Kokaïnanästhesie des Rachens zu ermöglichen.

Histologische Untersuchungen über die Placenta einer an Lepra erkrankten Frau, von Prof. Ferrari. (*Gazzetta degli Ospedali.* No. 60. 1887.) Aus seinen Beobachtungen zieht Verf. folgende Deduktionen: 1. Die Lepra ist eine konstitutionelle Krankheit, nicht infektiös und nicht kontagiös, wie die Syphilis. 2. Lepra, Lupus, Tuberkulose und Skrofulose sind lauter Erscheinungen einer nämlichen Diathese: der Skrofulose. 3. Der Bacilus leprae Hansens, sowie der Bacillus der Tuberkulose, des Lupus und der Skrofulose sind ein und dasselbe Individuum, welches immer auftritt und seine Wirkungen hervorruft, so oft sich ihm günstige Bedingungen des Nährbodens bieten, wie sie eben durch die skrofulösen Prozesse gegeben siud.

Multiple Perionyxien und früh entstandene Gummen der Haut, von Prof. Breda. (*Rivista Veneta di scienze med.* Heft II. 1887.) Es ist dies ein sehr interessanter klinischer Fall. Verf. berichtet, dafs ein Mann, 47 Jahre alt, nachdem er in der zweiten Hälfte vom Januar 1886 Luës acquirierte, einen Monate darauf ein tuberkulöses Syphilid der Haut bekam; einige Tage später stellten sich ein: heftiger Husten, Dysphonie, Dispnoë, schweres Nasenbluten, das sich durch 45 Tage wiederholte, so dafs Patient ganz heruntergekommen war und zuletzt wie eine Leiche aussah. Eine gemischte Kur veranlafste von März an eine bedeutende Besserung des Patienten, so dafs er bis Juli in ziemlich guten Bedingungen sich befand. Zu dieser Zeit erlitt er ein Trauma am Nagel des linken Daumens, worauf Entzündungserscheinungen zuerst an dem verletzten Finger, und dann nach und nach an allen übrigen Fingern auftraten. Die Behandlung bestand in Entfernung der abgelösten Nagelteile, in Waschungen mit Karbolwasser, Bestreuung mit Jodoform auf die exulcerierten Partien und in Einwickelungen mit Merkurialpflaster. Nach wenigen Tagen besserte sich der Zustand, und der Kranke wurde aus der Klinik entlassen, indem

man ihm Kalomel- und Sublimatinjektionen verschrieb. Kurze Zeit darauf schwollen die letzten Fingerphalangen an, es kehrte die Epistaxis wieder. Dysphonie und leichte Hämoptoë gesellte sich auch hinzu. Der Kranke, physisch und moralisch sehr niedergeschlagen, kam wieder in die Klinik. Aufser den genannten Erscheinungen entwickelten sich noch Hautgummata an den Fingern und am Rücken. Da Patient zu Hause nur Injektionen mit Sublimat bekam, so wurden ihm jetzt auf der Klinik Kalomelinjektionen gemacht (0,10 für jede Injektion). Ferner wurde ihm innerlich Jodkalium mit Bromkalium und Kodeïn (dies letztere gegen Husten) verabreicht. Nach 6 Tagen hat der Husten aufgehört, die Phonation war gebessert, und die Heilung der erkrankten Cutispartien schritt rasch vorwärts.

Der Kranke ging wieder nach Hause, wo er 2,00 Jodkalium täglich weiternahm und seine Finger mit Liquor Van-Swieten wusch. Nach einigen Wochen ein neuer Rückfall; die Kalomelinjektionen wurden wieder aufgenommen; sie erzeugten Abscesse; die krankhaften Erscheinungen wichen aber beständig zurück, bis sie ganz verschwanden. Zur Zeit des letzten Besuches, in den ersten Tagen des Dezember v. J., waren die Nägel sehr dünn geworden, hatten aber ein glattes, regelmäfsiges Aussehen; der Mann obwohl noch sehr abgemagert, war mit seiner Gesundheit und seinen Kräften sehr zufrieden.

Hydros-Adenie, Lichen ruber und Ekzem, von Prof. Gamberini. (*Bulletino delle scienze med. di Bologna.* Bd. XX.) Mit dieser Arbeit bezweckt G. die Aufstellung der Differentialdiagnose vor allem zwischen Hydros-Adenie und Lichen ruber. Differentialkriterien sind folgende: Die Ätiologie, indem die Hydros-Andenie mit Vorliebe Personen befällt, die sich dem Einfluſs der Hitze aussetzen oder abwechselnd und ohne viel Vorsicht die Hände bald in kaltes, bald in warmes Wasser tauchen; die Dauer, die bei der Hydros-Adenie immer kurz ist; die Epidermisperforation bei der Hydros-Adenie anstatt der Epidermis-Desquamation.

Verf. ist der Ansicht, daſs in leichten Fällen, wo die Hydros-Adenie ihre plane Form bewahrt, es sich nur um eine Alteration des Ausführungsganges der Schweifsdrüse handelt, während in schwereren Fällen, wo eine ausgesprochene Erhebung der Haut bemerkbar ist, eine Läsion der Drüse selbst vorhanden ist.

In bezug auf das Ekzem ist es sicher, daſs ein Konnex von Ursache und Wirkung zwischen Hydros-Adenie und Ekzem bestehen muſs.

Sehr ausgebreitete Wundfläche und Verpflanzung von Hautstückchen, von Dr. Fiorani. (*Rendiconte del R. Istituto Lombardo.* 1887.) Es ist dies ein neuer klinischer Beitrag, welcher wieder den Beweis liefert für die Wirksamkeit der Behandlung ausgedehnter Wunden mittels Transplantation von Hautstückchen. Bei einem 10jährigen Knaben, bei welchem F. diese Methode angewendet, war der Erfolg ein geradezu glänzender, trotz des schweren Allgemeinzustandes des Patienten und der

enormen Ausbreitung der Wunden. Zur Transplantation verwendete F. die Haut von kurz zuvor amputierten Extremitäten; der brillante Erfolg bestand namentlich darin, dafs die behandelten Teile nach der Heilung keine narbigen Einziehungen zeigten.

Verf. scheint diese Behandlungsmethode eingehend studiert zu haben, denn er führt mehrere eigne Experimente an, wo er Transplantationen mittels der Haut von Frosch, Huhn, Kaninchen, Hund, Rind etc. versucht hat. Keiner dieser Versuche hat ihm aber befriedigende Resultate gegeben.

Die Auffindung einer Methode, die niemandem weh thut, ist ein Problem von der gröfsten Wichtigkeit, namentlich dann, wenn es sich um viele solcher Hautverpflanzungen handelt.

Die Idee, Haut von frisch amputierten Gliedmafsen zu entnehmen, löst nur zum Teil das Problem, da nicht überall gröfsere Nosokomien vorhanden sind, die die Möglichkeit häufiger chirurgischer Operationen bieten.

Die Behandlung der malignen Pusteln und der Karbunkel, von Dr. Camera. (*Il Morgagni.* Juli 1887.) Ohne auf Priorität Anspruch erheben zu wollen, schildert Verf. seine Methode bei der Behandlung der Pustula maligna, die im Gegensatz zu andern Ätzungsmethoden stets von günstigem Erfolge gekrönt war. Er inzidiert kreisförmig die gesunde Haut um die Pustel herum und teilt mit dem Skalpell in Ausschnitten die einbegriffene Partie. Nachdem man die Blutung gestillt, wird der inzidierte Teil mit Ätzsublimatpulver bestreut, indem man dafür sorgt, dafs es in die Schnitte eindringt; nach etwa 15 Tagen wird die gebildete Borke weggenommen, und es bleibt eine granulierende Wunde zurück, die leicht vernarbt.

In anbetracht der guten Resultate bei der Behandlung der malignen Pustel empfiehlt C. dasselbe Verfahren auch gegen den Anthrax, nur dafs hier, wegen ausgedehnterer Flächen, die Dosen von Sublimat gröfser sein müfsten; er schlägt daher vor, Sublimat mit Kalomel oder rotem Präzipitat zu mengen.

Über einige Krankheitsformen der Harnblase, von Dr. Fiorani. (*Annali univers. di Medicina.* 1887.) Verf. berichtet über sechs Fälle. Wir heben einen, den dritten, hervor. Es handelt sich um ein Syphilom der Blase, dessen Diagnose sehr schwer sein mufste wegen Koexistenz einer Alteration der Nebenhoden, die an eine Tuberkulose des Testikels denken liefs. Eine bedeutende vesikale Hämaturie hatte einen solchen Verfall der Kräfte des Patienten bewirkt, dafs die Idee einer tuberkulösen Form noch mehr Unterstützung fand. Die Gegenwart aber von kupferfarbenen Papeln und von Drüseninfiltrationen am Halse und der Leiste, ferner das Fehlen von Tuberkelbacillen im Harn und die Anamnese bewogen zur Diagnose von Blasensyphilom; diese Diagnose wurde noch unterstützt durch den glänzenden Erfolg einer gemischten antisyphilitischen Kur.

Die fünf andern Fälle sind: eine primäre Hyperästhesie der Harnblase, Heilung durch Dilatation des Blasenhalses; Fremdkörper (eine Haarnadel) in der Blase eines Weibes, Extraktion mit den Fingern bei Dilatation der Urethra und der Blase; Tuberkulose der Blase; Blasensteine, entstanden infolge Liegenbleibens eines Stückchens einer gebrochenen Spritze aus Kautschuk, Heilung mittels der Lithoplasie; endlich ein Fall von innerer Fistel des Rektums, bei welcher die Symptomatologie derart war, dafs die Aufmerksamkeit des Untersuchers blofs auf den Urogenitalapparat gelenkt wurde.

Ein Fall von Urticaria pigmentosa, von Dr. Vittorio Miselli (*Lo Sperimentale.* Heft 4. 1888.) Dies ist der erste in Italien beobachtete Fall.[1] Wir werden nächstens, der Wichtigkeit des Falles wegen, die vollständige Arbeit des Verf. in deutscher Übersetzung bringen. Für heute mag nur einiges aus derselben hervorgehoben werden.

Ein kaum 1 Jahr altes Kind (Mädchen) wurde in der dermosyphilopathischen Klinik zu Siena im Juni vorigen Jahres aufgenommen. Anamnese: Das Kind hat mehrere Geschwister, die alle gesund sind und nie an einer Hautkrankheit gelitten haben; Vater lebt und ist gesund. Die Mutter, die das Kind selbst aufzieht, ist etwas blutarm; Geräusche am Herzen und an den Arterien (organischer Herzfehler wird ausgeschlossen). Man konstatiert auch an ihr ausgesprochene Erscheinungen seitens des Bauchsympathicus, wovon als objektives Zeichen ein heftiges und vibrierendes Klopfen der Bauchaorta und als subjektive Symptome Schmerzen, besondere Kälte- und Wärmeempfindungen, epigastrische Einklemmung etc. zu nennen sind.

Das bei der Geburt ganz gesund aussehende, keine Alterationen bietende Kind bekam nach einigen Tagen Ikterus mit gleichmäfsiger gelblicher Färbung der ganzen Hautdecke und der Konjunktiven. Binnen zwei Wochen war der Ikterus ganz verschwunden und der Allgemeinzustand war ein sehr befriedigender, als nach weiteren zwei Wochen plötzlich, ohne vorherige Allgemeinstörungen, ein Exanthem sich zeigte, bestehend aus kleinen, dicht nebeneinander liegenden, roten Flecken. Nach drei Wochen waren diese Flecke vollständig geschwunden; die Gesundheit des Kindes hatte darunter gar nicht gelitten. Nach anderthalb Monaten trat, wieder ohne vorherige Erscheinungen, ein neuer ähnlicher Hautausschlag auf. Bei diesem zweiten Exanthem bemerkt die Mutter, dafs viele von den

---

[1] Nach Raymond (*L'Urticaire pigmentée.* Thèse. Paris 1888) sollen seit der ersten Beobachtung von Nettleship (1869) bis heute im ganzen nur 29 Fälle von Urticaria pigmentosa veröffentlicht worden sein, worunter 15 in England, 2 in Amerika, 3 in Deutschland, 3 in Österreich und 4 in Frankreich. Zu diesen müssen 2 Fälle gerechnet werden, die in diesem Jahre in England zur Beobachtung kamen. (Elliot. *Journal of Cutaneous and Genito-Urinary-Diseases.* Jan. 1888.)

zuerst aufgetretenen Flecken gröfser wurden, ihr rotes Kolorit verloren und eine braune Färbung annahmen.

Status praesens: Bei der Untersuchung des Kindes fällt sofort auf, dafs der ganze Körper von zahlreichen pigmentierten Flecken bedeckt ist. Die wichtigsten Merkmale derselben sind die Pigmentierung und die Erhebung über das Niveau der normalen Haut. (Es folgt eine eingehende Beschreibung dieser Flecke.)

Die kleine Patientin blieb fast zwei Monate auf der Klinik; die Hautaffektion blieb unverändert. Zu bemerken ist nur, dafs man während ihres Aufenthaltes im Spital beobachtet hat, wie die Flecke transitorische Modifikation erlitten; sie wurden z. B. an bestimmten Tagen oder an verschiedenen Tagesstunden röter, oder ragten deutlicher hervor. Das ganze Bild dieser Hautaffektion stimmte mit dem der Urticaria pigmentosa überein. Leider ist es dem Verf. nicht vergönnt gewesen, den weiteren Verlauf dieser Krankheit zu verfolgen, da man das Kind nicht mehr zu Gesicht bekam. Auch ist es nicht möglich gewesen, einige Stückchen der Haut herauszuschneiden, da die immer anwesende Mutter dies nicht erlaubt hat. Verf. verzichtet deshalb, einige Reflexionen über das Wesen dieser eigentümlichen Hautaffektion anzustellen.

Die elektrolytische Behandlung der Syphilis, von Prof. Manassei. (Regia Accademia Medica di Roma. Sitzung vom 27. Mai 1888. Nach dem Originalbericht der *Wien. med. Wochenschrift.*) In der Sitzung vom 27. Mai d. J. der Medicin. Akademie zu Rom hat Manassei über die Elektrolyse gesprochen als therapeutisches Mittel zur Behandlung einiger Tumoren und der syphiltischen Geschwüre. Redner erwähnte, dafs bei syphilitischen Geschwüren die Abtragung derselben zur Hintanhaltung einer Allgemeininfektion vorgeschlagen wurde, dafs aber dies nicht an allen Körperstellen gut ausführbar sei. Die Anwendung der negativen Elektrizität (Elektrolyse-Zinkpol) gleich beim Auftreten der Initialsklerose würden gedachtem Zwecke besser entsprechen. — Redner geht folgendermafsen vor: Mittels einer Platinnadel wird die Sklerose durchstochen und der Strom durchgeleitet. Nach dieser Applikation sollen keine sekundären Erscheinungen auftreten (?). Durch dieses Verfahren könnte man also, nach Meinung des Redners, die Zahl der Fälle von konstitutioneller Syphilis herabmindern. Bei schon bestehender Drüseninfiltration kann an den affizierten Drüsen der positive Pol appliziert werden, welcher das Gewebe derart mortifiziert, dafs auch in diesem Falle die Kranken vor einer Allgemeininfektion bewahrt werden. Redner ist der Meinung, dafs die Elektrizität nicht nur lokal wirke, sondern auch ausgedehntere Sphären beeinflusse. (Wenn die Angaben Manasseis von andrer Seite Bestätigung fänden, dann wäre das von ihm angegebene Verfahren wohl eine grofse Errungenschaft auf dem Gebiete der Syphilistherapie. Der Ref.)

Wien. A. del Torre.

Über einen Sprofspilz in der Haut von Pellagrakranken. Mykologische Untersuchungen von Prof. Majocchi. (*L'Ateneo medico Parmense.* No. 1. 1888.) Es gibt eine Pellagraform, von M. Pellagra seborrhagica genannt, bei welcher aus den Mündungen der Talgdrüsenfollikel eine Art horn-talgartiger Pfröpfchen herausragen, gewöhnlich von ovaler Form, 3—8 mm lang und 2—3 mm dick. Im Innern derselben fand Verf. einen bisher noch nicht beschriebenen Sprofspilz. Er besteht in der Regel aus glatten, selten gegliederten Myceliumfäden, die ein Netz bilden in kleinen Aushöhlungen der genannten follikulären Produkte, und die, namentlich wenn sie isoliert werden, hier und da einzelne oder zu Gruppen vereinigte Sporen zeigen. Die Kulturen dieser Hyphomyceten haben M. noch keine befriedigenden Resultate ergeben, darum zieht er es auch vor, sie nicht zu klassifizieren und sie einstweilen als Hyphomyceten der Follikel zu bezeichnen, die wohl unterschieden sind von den uns bekannten pathogenen Hyphomyceten, z. B. bei Favus).

Weder in dem Blute noch in den Organen von Pellagrösen konnte dieser Pilz von M. nachgewiesen werden, er kann daher sicher nicht als die Ursache der typischen Pellagra gelten. Er könnte jedoch wohl, nach M.s Meinung, der Urheber jener bestimmten Form von Pellagra sein, in deren Produkten Verf. ihn dreimal gefunden hat. Die Dilatation der Follikel, die in der seborrhoischen Form der Pellagra angetroffen wird, sowie die schlechten trophischen Bedingungen der pellagrösen Haut würden die Entwickelung und pathogene accidentelle Thätigkeit des entdeckten Pilzes begünstigen. Nach Majocchi könnte man schliefsen, „dafs der Hyphomycet der Follikel zur follikulären Hyperkeratose in demselben Verhältnisse steht, wie das Trichothecium zum Ekzema marginatum crurale."

Neubildungen von Knochengewebe in den Wundgranulationen, von Dr. D. Majocchi. (*Bollettino della Regia Accademia medica di Roma.* Jahrg. XI. No. 3.) Die Granulationen der Wunden können verschiedenartige pathologische, den regulären Vernarbungsprozefs hindernde Alterationen erleiden.

Zu den schon bekannten Veränderungen fügt Verf. eine andre hinzu, nämlich: eine mögliche knochige Neubildung innerhalb des Granulationsgewebes. Eine derartige bisher noch von keinem Autor beschriebene Veränderung wurde von M. in zwei Fällen konstatiert, und zwar einmal bei einer Wunde an der unteren Extremität und ein zweites mal bei einem inkarnierten Nagel. Die knochige Neubildung beginnt in den tiefsten Schichten des Granulationsgewebes sich zu entwickeln und schickt unregelmäfsige Verzweigungen gegen die obersten Schichten hin. Im Innern dieser Neubildungen finden sich jedoch weder Anzeichen von Haversischen Kanälchen noch Andeutungen von Markhöhlungen. Das um die Knochenverzweigungen liegende, mehr kompakte und zahlreichere spindelförmige Körperchen enthaltende Bindegewebe täuscht das Periostium vor.

Diese knochige Neubildung verdankt ihre Entstehung, so meint Verf., den Produkten des darunterliegenden Periostiums, d. h. sie soll aus einer Periostitis proliferans et ossificans herrühren.

Es ist von Nutzen für den praktischen Arzt, von dieser Möglichkeit Kenntnis zu nehmen wegen den therapeutischen Indikationen.

Rom. TOMMASOLI.

Amerika.

Journal of Cutaneous and Genito-Urinary-Diseases. Vol. VI. 1888. April. Enthält folgende Originalarbeiten:

Fall von Pemphigus acutus seu febrilis, von CHARLES W. ALLEN. Der Verf. erwähnt zunächst in diesem bereits im letzten Hefte angekündigten Vortrage, dafs die akute Form des Pemphigus bei Erwachsenen noch heute von verschiedenen Autoren geleugnet wird, dafs aber diese Ansicht nicht länger haltbar sei, nachdem eine, wenn auch der Seltenheit dieser Affektion entsprechend nur kleine Anzahl unzweifelhafter Fälle beschrieben worden sind. Nach RAYER befällt der akute Pemphipus am häufigsten die unteren Extremitäten, in zweiter Linie die Arme, den Stamm und das Gesicht, und nur in seltenen Fällen die Fufssohlen, behaarte Kopfhaut und Genitalien. Verf. vermehrt nun die Reihe der bisher bekannten Fälle durch die Beschreibung eines selbst beobachteten Falles, welcher eine vorzügliche, farbige Abbildung beigefügt ist.

Der 33jährige Patient hatte weder Syphilis, noch irgend welchen Hautausschlag gehabt. Die Krankheit begann mit intensivem Jucken in den Achselgruben, auf der Brust, dem Abdomen und der inneren Fläche der Arme, d. h. an den später von dem Blasenausschlag eingenommenen Stellen. Nachdem sich zwei Tage später ein starker Frost mit Brechneigung und allgemeinem Unwohlsein eingestellt hatte, hörte in der folgenden Nacht das Jucken auf, und es entwickelten sich bei grofser Unruhe und Schlaflosigkeit kleine Blasen von Kaffeebohnengröfse auf der Brust, Innenseite der Arme, und behaarten Kopfhaut. Am folgenden Tage erschienen weitere Blasen, während sich ein Teil der ersteren vergröfserte. Am 6. Tage der Krankheit wurde Patient in das Spital aufgenommen und zeigte zu dieser Zeit Fieber, trockene, rauhe und dick belegte Zunge, sowie Verstopfung und hochgradige Schwäche. Auf Brust, Abdomen und Rücken fanden sich etwa ein Dutzend Blasen von Ein- bis Zweimarkstückgröfse, aufserdem einzelne kleinere auf dem behaarten Kopfe und den Armen. Dieselben waren teils prall mit eiteriger Flüssigkeit angefüllt, teils kollabiert. Den Blasen ging keine erythematöse Rötung voraus, dagegen zeigten sie einen blafsroten, nicht über $^1/_8$ mm breiten Hof. Die zwischen liegende Haut war völlig normal.

Die Entwickelung weiterer, erbsen- bis hühnereigroſser Blasen dauerte während der nächsten 8 Tage fort. Am letzten Tage erschienen einige der gröſsten Blasen auf dem Abdomen und kleinere in Gruppen auf der rechten Schulter und dem oberen Teil der Brust, so daſs zu dieser Zeit auſser den hellroten, kreisförmigen, durch Bersten der älteren Blasen entstandenen Exkoriationen Blasen in allen Stadien und Gröſsen vorhanden waren. Einige der Blasen auf dem Rücken konfluierten und barsten frühzeitig infolge des Druckes beim Liegen, indem sie groſse exkoriierte Stellen hinter lieſsen. An den Extremitäten zeigten sich über die Ellbogen und Kniee hinaus keine Blasen mit Ausnahme einer einzigen Läsion über den rechten Knöchel. Auf der Stirn entwickelte sich am 8. Tage der Krankheit ein Erythem, 2 Tage später wurde die Epidermis blasenartig abgehoben, und nachdem sie sich bald abgelöst hatte, blieb eine wunde Stelle zurück, wie sie durch ein Zugpflaster entsteht. Auf der behaarten Kopfhaut und dem Nacken bildeten sich Krusten, welche zunächst gelblich, später bräunlich und bröckelig wurden. Der Inhalt der gröſseren Blasen trübte sich bald indem sich geronnener Milch ähnliche Flocken bildeten. Einige Blasen wurden hämorrhagisch. Der flüssige Inhalt der frischen Blasen reagierte alkalisch, dagegen derjenige der älteren sauer.

Nach dem Bersten der Blasen löste sich die Wandung derselben bald ab, indem eine hellrote, feuchte und glänzende Fläche zurückblieb. Die Läsionen ulcerierten jedoch niemals, sondern heilten schnell ab; auch hinterlieſsen sie keine Narbe, wohl aber bläuliche oder pigentierte Flecke.

Die Behandlung dieses Falles bestand in der Darreichung von Chinin und Antipyrin wegen der andauernden Fieberbewegung, ferner von Solutio Fowleri (von 5—15 gtts. 3 mal täglich). Die lokale Therapie bestand in der vorsichtigen Eröffnung und Entleerung der gröſseren Blasen und der folgenden Anwendung einer Paste aus Stärkemehl und Wismut. Auf dem Kopf antiseptische Waschungen, Naphtolöl etc.

Nach den bestimmten Angaben des Patienten lieſs sich in diesem Falle ein Stadium prodromorum von 2—3tägiger Dauer feststellen, dessen Hauptsymptome in Jucken, Hitze der Haut, Frost und allgemeinem Übelbefinden bestanden. Diesem folgte ein St. eruptionis, in dem die bisherigen Symptome, besonders das Jucken, verschwanden; ferner ein St. floritionis von 9—10tägiger Dauer, während dessen die Blasen ungefähr alle 2 Tage gruppenweise erschienen, und zwar entwickelten sie sich offenbar auf gesunder Haut ohne vorausgehendes Erythem. Das letzte Stadium, St. decrustationis, erstreckte sich von dem Erscheinen der letzten Blasengruppe bis zur völligen Genesung und dauerte ca. 15 Tage, während der gesamte Verlauf der Krankheit etwa einen Monat in Anspruch nahm. Der Verlauf der Temperatur beim akuten febrilen Pemphigus scheint in den einzelnen Fällen ebenso verschieden zu sein, wie es hinsichtlich der Verteilung der Blasen der Fall ist.

Nachdem Verf. weiter einen Fall von chron. Pemphigus bei einer

56jährigen Frau beschrieben, führt er einige Beobachtungen über die kontagiöse Natur des akuten Pemphigus und das Vorkommen von Mikrokokken und Bakterien in dem Blaseninhalt an.

Keratosis follicularis mit hochgradiger Tylosis der Fufssohlen und Hohlhände, von E. A. Neely. Der mitgeteilte Fall betraf einen 16jährigen, semi-idiotischen Negerknaben. In seinem 3. Lebensjahre bestand bereits Tylosis beider Fufssohlen, welche sich langsam, aber konstant bis zu dem jetzigen, hohen Grade steigerte. Am stärksten war dieselbe an den Rändern, wo die Sohlen dem geringsten Drucke ausgesetzt sind. An den dünnsten Stellen dieser Verhornung — der Mitte der Sohle — schätzte Verf. die Hornschicht auf $^1/_2$ mm. Obgleich dieselbe nach allen Richtungen von tiefen Fissuren durchzogen wurde, verursachte die Läsion doch, abgesehen von einer Beeinträchtigung der Lokomotion, keinerlei Beschwerden. Im 3. Jahre begann die Krankheit sich auf dem Rücken beider Füfse auszubreiten und machte von Jahr zu Jahr weitere Fortschritte, so dafs sie zur Zeit die vordere Seite der Füfse und Unterschenkel bis dicht oberhalb der Knie und die hintere Seite bis über die Mitte zwischen Ferse und Kniekehle bedeckte. Der pathologische Zustand der letzteren Teile war von jenem der Fufssohlen ganz verschieden, indem die Unterschenkel den Eindruck machten, als ob sie von einem derben, warzigen Überzug bedeckt wären, welcher um $^1/_4$—$^1/_3$ mm über die gesunde Haut hervorragte und hier und da knotenartige Auftreibungen zeigte. Die Berührung dieser Hautstellen verursachte eine rauhe Empfindung, wie bei einem ungehobelten Brett. Die Hornschicht liefs sich nur schwer abkratzen, und unter ihr zeigte sich die Haut von der Cuticula entblöfst, aber mit erweiterten und beträchtlich hervorragenden Talgdrüsenmündungen besetzt. Aus diesen offenstehenden Drüsenmündungen ragte je ein Fetzen schleimartiger Masse hervor, welcher bei dem Abkratzen der Hornschicht augenscheinlich gewaltsam abgetrennt worden war und nach Ansicht des Verf.s lediglich aus eingetrocknetem oder verhorntem Talgdrüsensekret bestand. Diesen Fetzen entsprachen die konischen Enden der abgekratzten Pfröpfe. Diese Stellen, an denen das eingetrocknete Talgdrüsensekret aufgehäuft war, boten nach dem Abkratzen desselben dasselbe Bild, wie ein Reibeisen mit seinen Löchern.

In einer ca. 3 mm breiten Randzone um die beschriebene Läsion hatten zahlreiche Gruppen von Follikeln an der krankhaften Veränderung teilgenommen und durch Bildung von Gruppen, sowie schliefsliche Verschmelzung derselben ging die Ausbreitung der Krankheit vor sich. Zwischen letzteren verstreut und in einer äufseren Zone von weit gröfserer Ausdehnung fanden sich massenhafte, isolierte Läsionen, welche die oben beschriebene Beschaffenheit zeigten, d. h. über die normale Haut hervorragende Mündungen der Talgdrüsen mit komedoähnlichen Pfröpfen, deren Enden mehr oder weniger hervorragten.

Vor 3 Jahren entwickelte sich die Tylosis auch auf den Palmarflächen

beider Hände, erreichte jedoch hier nicht den hohen Grad, wie an den Fufssohlen. Auch auf den Handrücken und der Beugefläche der Vorderarme, in der Nähe der Hohlhände, wurden die Talgdrüsen von der Erkrankung ergriffen. Die Haut der gesamten übrigen Körperoberfläche war trocken, rauh und hart und zeigte das Aussehen, welches als Cutis anserina bezeichnet wird, oder richtiger ausgedrückt, stellte eine Keratosis pilaris milden Grades dar. Am stärksten in der Nähe der erkrankten Stellen, weniger deutlich an entfernteren Punkten.

Subjektive Symptome fehlten fast gänzlich, und der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten war vorzüglich.

Die eingeleitete Behandlung bestand in der Darreichung von Pillen aus Eisen, Strychnin und Arsenik, sowie örtlich, gegen die Tylosis der Hände und Füfse, in dem reichlichen Gebrauch von Sapo viridis. Leider wurde jedoch der anscheinend günstige Erfolg durch die heimliche Entfernung des Knaben vereitelt.

Von ganz besonderem Interesse scheint dem Verfasser die Beziehung zwischen der Tylosis der Hände und Füfse und der Läsion der Talgdrüsen zu sein, sowie ferner der eventuelle Zusammenhang zwischen diesen beiden Affektionen und dem geistigen Zustande des Patienten.

Die Bezeichnung Keratosis follicularis hat der Verf. nach Analogie eines ganz ähnlichen Falles gewählt, welchen P. A. Morrow im letzten Jahre unter dem Titel „Keratosis follicularis mit Fissuren der Zunge und Leukoplakia bucalis" veröffentlicht hat, und welcher seiner Zeit auch in den *Monatsheften* vom Ref. besprochen worden ist. Die beiden Fällen gemeinschaftliche, charakteristische Eigenschaft bildet die Läsion der Hautdrüsen.

Was den Zusammenhang zwischen dem Geisteszustand des Patienten und dessen lokaler Erkrankung anbetrifft, so glaubt Verf. aus dem gleichzeitigen Auftreten der Tylosis an den Sohlen beider Füfse, sowie aus der gleichzeitigen Entwickelung der Keratosis an den Rändern beider Fufssohlen, welche gleichmäfsig an beiden Beinen fortschritt, und aus der späteren Entstehung der Tylosis an beiden Hohlhänden, gefolgt von denselben Erscheinungen, wie an den Füfsen, auf eine Ursache im Zentralnervensystem schliefsen zu sollen.

Die mechanisch-chirurgische Behandlung von Hautkrankheiten. von P. A. Morrow. Diese Arbeit beschäftigt sich beinahe ausschliefslich mit der mechanischen Behandlung des Lupus und mufs bezüglich der Einzelheiten auf das Original verwiesen werden.

An diesen Vortrag schlofs sich die Diskussion über Lupus in der chirurgischen Sektion der medizinischen Gesellschaft des Staates New-York, in welcher nichts eigentlich Neues bezüglich der Behandlung des Lupus enthalten ist.

New-York Dermatological Society. 179. Sitzung.

Einen Fall von **diffuser karzinomatöser Infiltration der Haut**

stellt Dr. Fox vor. Der gut genährten und anscheinend gesunden Patientin war die Brust wegen Karzinoms abgenommen worden, worauf sich ein Recidiv der Krankheit in Form diffuser Infiltration an Brust, Abdomen und oberen Teil der Oberschenkel entwickelte. Wie Dr. SHERWELL eine Komplikation des ursprünglichen Karzinoms mit Lymphadenom für wahrscheinlich hält, so glaubt auch Dr. BRONSON die vorhandenen Symptome nicht blofs auf das Karzinom zurückführen zu sollen, sondern nimmt ebenfalls eine Kombination des letzteren mit lymphatischen Läsionen an. Von verschiedenen Seiten wird hervorgehoben, dafs das Fehlen einer Kachexie das Bestehen eines Karzinoms nicht ausschliefst, da dieselbe keineswegs ein Resultat des Krebses selbst, sondern lediglich der durch den Krebs bewirkten sei.

Einen Fall von **Dermatitis herpetiformis** stellt Dr. ELLIOT für Dr. BULKLEY vor. Der Ausschlag bestand aus Gruppen kleiner Bläschen auf leicht erhabener und geröteter Basis und verursachte heftiges Jucken. In der sich anschliefsenden Diskussion, in welcher zunächst von Dr. SHERWELL auf das zuweilen beobachtete Vorkommen von Zucker im Urin bei derartigen Herpesausschlägen hingewiesen wird, erwähnt Dr. ALLEN einen ganz ähnlichen Fall, welcher wiederholt als Prurigo diagnostiziert worden ist, und in dem wegen zu enger Vorhaut die Zirkumzision ausgeführt wurde. Nach dieser Operation verschwand der Ausschlag ohne weitere Behandlung von selbst, allerdings um nach einiger Zeit in Gestalt von Papeln, Bläschen und Pusteln wiederzukehren. Auch Dr. Fox hat in einem typischen Fall von Pemphigus vulgaris Zucker im Urin gefunden und nach Veränderung der Diät ein Verschwinden der Blasen beobachtet.

Ein **Ekzema marginatum** demonstriert Dr. ELLIOT. Dasselbe begann bei dem 32jährigen Patienten vor 2 Jahren an der Innenfläche der Oberschenkel und bildet jetzt am rechten Oberschenkel sowohl auf der vorderen als auf der hinteren Fläche je zwei kreisförmige Läsionen, welche an der ersteren Stelle zu einer 8 verschmolzen sind. Die Ränder dieser Flecke sind schmal, scharf begrenzt und leicht erhöht, das Zentrum dagegen infiltriert, schuppig und hier und da mit kleinen Krusten bedeckt. Die Analfurche wird beiderseits von einem bogenförmigen, geröteten, erhabenen und scharf begrenzten Rande eingefafst, welcher eine schuppende, macerierte und infiltrierte Fläche umschliefst. In der Diskussion führt Dr. Fox eine Beobachtung an, welche für die Kontagiosität dieses Ekzems spricht. Bezüglich der Therapie werden die günstigen Resultate des Resorcins (20 %) erwähnt.

Einen Fall von **Lupus vulgaris nasi** bei einer 48jährigen, verheirateten Frau stellt Dr. ELLIOT vor, welcher sich durch den Beginn der Krankheit in höherem Lebensalter (vor 1½ Jahren) auszeichnet. Während auch Dr. SHERWILL der Diagnose trotz dieses letzteren Umstandes zustimmt, glaubt Dr Fox die Krankheit wegen des Beginns in so hohem Alter und

wegen der schnellen Entwickelung als Syphilis auffassen zu sollen, und dieser Diagnose schliefst zich Dr. Bronson an, da nach seiner Ansicht sowohl der Verlauf als auch die klinischen Erscheinungen der Krankheit mehr der Syphilis, als dem Lupus gleichen. Dieser Auffassung tritt Elliot nochmals entgegen, indem er auf die vorhandenen und für Lupus charakteristischen Symptome — die weiche bräunliche, knotenartige Infiltration, in welche eine Sonde oder der Höllensteinstift mit Leichtigkeit eindringt, und die diffuse Entwickelung — hinweist, während sämtliche Symptome der Syphilis — Gruppierung, Ulceration, serpiginöse Entwickelung, Infiltration — fehlen.

Geschwür am hinteren Teil des linken Oberschenkels stellt Dr. Sherwell zur Diagnose vor. Die Läsion begann vor ca. 12 Monaten in Gestalt eines leicht geröteten, juckenden und verdichten Fleckes, welcher sich vor 4 Monaten in eine Beule verwandelte und etwa eine Woche später ulcerierte und an Umfang zunahm. Das Geschwür ist jetzt völlig rund, ca. $1^1/_2$ cm grofs und zeigt elastische, scharf begrenzte und keineswegs harte Ränder. Der Grund ist uneben, sehr tief und mehrweniger mit Detritus bedeckt. Dr. Fox hält die Läsion für ein Epitheliom, während nach Robinsons Ansicht die Diagnose zwischen Epitheliom und Sarkom liegt, und Dr. Elliot sich für ein Carcinoma cutis erklärt. Dr. Klotz dagegen betrachtet die Läsion als eine einfache, malträtierte Verletzung. Dr. Sherwell ist geneigt, den Fall als einfaches Geschwür zu behandeln, obgleich er nicht an der malignen Natur desselben zweifelt und es für ein Sarkom hält. Er habe wiederholt anscheinend maligne Läsionen unter dem Gebrauch von Sulfur und ähnlichen Mitteln heilen sehen.

Einen Fall von **Ichthyosis simplex** demonstriert Dr. Fox.

Einen solchen von **Ausschlag im Gesicht,** Lupus vulgaris oder Naevus pigmentosus stellt Dr. Sherwell zur Diagnose vor. Der 15jähr. Patient zeigt an Wangen, Nase und Kinn kleine, leicht erhabene, rötlich braune Läsionen, welche an den ersteren Stellen seit der Geburt vorhanden sind und sich vergröfsert haben. Dr. Allen hält die Affektion für Naevus fibrosus, Fox für Naevus fibro-vascularis, Bronson für einen Nervennävus und Cutler für einfachen Nävus.

Erythema annulatum an den Extremitäten und dem Gesicht eines Knaben stellt Dr. Fox vor.

Zum Schlufs führt Dr. Robinson einen Fall von **Lupus erythematosus der behaarten Kopfhaut** vor, welcher bereits vor 4 Jahren in der Gesellschaft gezeigt wurde, und dessen Diagnose damals zwischen Ekzem und Syphilis schwankte.

Dr. Fox legte einige Photographien von einem Fall von **chronischem Erythema multiforme** vor, von welcher Krankheit er 2 oder 3 Fälle mit

chronischem Verlauf beobachtet hat. In dem vorliegenden Falle bestand der Ausschlag aus erhabenen Ringen mit Blasen an den Rändern, und zwar stellte sich alle 3—4 Wochen ein neuer Ausbruch solcher Ringe ein. Ähnliche Fälle mit chronischem Verlauf haben auch Dr. Klotz und Dr. Bronson gesehen.

Dr. Bronson demonstriert alsdann eine Probe von Dieterichs **Sapo unguinosus** mit Merkur.

Endlich zeigte noch Dr. Robinson die Abbildung eines **Ausschlages an den Händen, Füfsen und der Mundschleimhaut** eines an Pneumonie erkrankten Kindes, welches anfänglich aus mehr oder weniger gruppierten Blasen bestand und schliefslich pustulös wurde; sowie diejenige eines Falles von Naevus unius lateralis.

Leipzig. Th. A. Kirsten.

Verschiedenes.

Kreolin. Analyse von A. Gawalowsky, Brünn, Österreich. K. K. österr. General-Stabsarzt Dr. J. Neudörfer stellt diesem neuen, aus England eingeführten Antiseptikum in dem 1. Heft des 2. Bandes der *Klinischen Zeit- und Streitfragen.* Wien 1888. pag. 21—25 ein ungemein günstiges Prognostikon.

Wir wollen die dort gemachten Mitteilungen des rühmlichst bekannten Autors, bis auf weitere klinische Erprobungen vorläufig gelten lassen, wenn nicht, ähnlich wie bei dem fast ebenso viel versprechenden Antipyrin, eine teilweise Enttäuschung eintreten wird.

In einer Versammlung der Pariser Akademie der Medizin bildeten einige Antipyrinvergiftungen Gegenstand der Besprechung. Sie traten besonders bei Greisen und empfindlichen Personen auf und äufserten sich in erythematösen Attacken verschiedener Körperteile, Schlaflosigkeit, Heiserkeit und sonstigen Symptomen.

Trifft dies bei dem Kreolin nicht zu, dann haben wir es mit einem phänomenalen Verbandstoff, Desinfiziens und Antiseptikum zu thun, welches berufen sckeint, thatsächlich alle andern Antiseptika total zu verdrängen „Das Kreolin ist ein aus der englischen Steinkole durch trockene Destillation erhaltenes Präparat.“ So definiert es Dr. Neudörfer auf pag. 25 der oben citierten Abhandlung.

Biel und Fischer, Gerlach, Frühling und andre beschäftigten sich mehr oder weniger mit dem Kreolin. Während die einen dies neue Präparat kurzweg als eine mit Seife versetzte Karbolsäure erklären, bestreiten andre, insbesondere Biel und Fischer, die Anwesenheit des altbekannten Antiseptikum „Phenol.“ Frühling glaubt das Kreolin als Harzseife und

Teer ansprechen zu müssen. GERLACH neigt zu dieser Ansicht, konstatiert aber noch Alkohol als Lösung-förderndes Medium.

P. LUTZE, der an maſsgebender Stelle gleichsam in die Karten der Kreolinfabrikation geblickt zu haben angibt, gibt folgende Aufklärung: „Das Kreolin ist ein Steinkohlenteerprodukt. Gewonnen wird es aus den Steinkohlensorten, deren genaue Auswahl zu treffen Schwierigkeit bietet(!). Aus den sogenannten Kreosotfraktionen wird die Karbolsäure im wesentlichen durch eine fraktionierte Destillation[1] abgeschieden, und der nun hinterbleibende, nicht giftige (? A. G.) Rückstand (wie stehts denn mit dem Toluidin?) durch eine geeignete Behandlung unter Zusatz von Harz (was für einem Harz?) und kaustischer Soda in eine emulgierbare Form gebracht. Die Einzelnheiten des Verfahrens entziehen sich", wie LUTZE sagt, „begreiflicher Weise der Öffentlichkeit." Soweit LUTZES Mitteilung, welche damit abschlieſst, daſs „der Sachverständige sich aus diesem von ihm Gesagten ein Bild über die Zusammensetzung des Kreolins wird schaffen können."

Nachdem dies nach Verf. Erachtens auf Grund obiger Mitteilungen nicht gut möglich ist, war Verf. bestrebt, auf Grund persönlich vorgenommener Untersuchung des Kreolins ein thunlichst erschöpfendes Kriterium zur Beurteilung desselben zu erlangen. Verf. ist überzeugt, daſs hiermit noch lange nicht die Wesenheit und Konstitution des Kreolins sattsam aufgeklärt ist, bringt aber vorläufig die Resultate seiner Analyse zur Kenntnis, überzeugt, daſs bald von berufener Seite besseres nachfolgt.

Analyse.

Farbe und Habitus: Klar, tief granatrot-kastanienbraun, sichtlich konsistent.

Geschmack: Zuerst weinartig aromatisch, gewürzhaft, dann stark stechend, nachhaltig seifig mit erhitzendem Gefühl auf der Zunge, den Atem intensiv teerig odorisierend;

Reaktion: Vollkommen neutral;

Spez. Gewicht: Bei + 17½° C. ermittelt = 1,066;

Löslichkeit: In absolutem, in 95 %igem Alkohol, in Äther sulfuris, in Chloroform und in Essigäther in jedem Verhältnis vollkommen klar löslich. — In Spiritus Vini dilutus (70 % Alkohol der Pharm. Germ.) wie 1 : 7 klar, darunter trüb lehmig, darüber in jedem Verhältnis feurig klar löslich. — In Holzgeist unlöslich, verwandelt sich aber in lehmige Flocken, die erst nach längerer Zeit wieder ölig kontrahieren. — In Petroläther nur teilweise gelb löslich, der ungelöst bleibende Rest nach unten teerig, schmierig, schwarzbraun abgeschieden. — Mit Schwefelkohlenstoff lehmig-hell, braun emulgierbar, bald eine teerige Schicht nach

[1] Die wohl kaum alles Phenol abgeschieden haben wird. A. GAWALOWSKY.

oben abscheidend, dort zu einer milchig-gelben öligen. — Mit Wasser milchig, grünlich-gelb, emulgiert mischbar, die Emulsion tagelang anhaltend (selbst nach fünf Wochen hat Verf. noch keine Entmischung der Emulsion bemerkt). — Mit angesäuertem Wasser bräunlich emulgiert, sich bald in eine obere bräunliche Fettschicht und eine darunter stehende lehmig trübe Flüssigkeit trennend. — Mit alkalischem Wasser lehmgelb emulgierbar, die Emulsion ungemein lange anhaltend. — Mit Glycerinum concentratum bräunlich lehmartige Emulsion gebend, welche nach einiger Zeit eine nach oben ausscheidende Schicht ausstößt.

Die fraktionierte Destillation und nachherige Sublimation ergab:

bei 100 ° C. übergehende Anteile	45,00	Gew. Proz.
von 100 ° C. bis 147 ° C. übergehende Anteile	26,33	„ „
über 147 ° C. übergehende Anteile und Teerresidien	22,90	„ „
Asche	5,77	„ „

Der Entflammungspunkt des Kreolins liegt zwischen 46—56 ° C.
Der Entzündungspunkt zwischen ..... 58—68 ° C.
Mit Petroläther erschöpfend extrahiert, resultierten:

Benzinlöslicher Anteil	= 72,8 %	aromatisch, deutlich nach Naphthalin riechende Extraktstoffe;
Benzinunlöslicher Anteil	= 27,2 %	teerartige stark nach Karbolsäure und schweren Teerdestillaten riechende Extraktivstoffe.

Quantitativ wurden ermittelt:

Verseifbare Fettsäuren der fetten Öle und Harzverseifungen betragen	0,300 %
Unbestimmbare Harze, in Alkohol leicht löslich (wahrscheinlich Guajak. A. G.)	0,780 „
Teerbasen	0,480 „
An Alkali gebundene Teersäuren	61,880 „
Asche	5,593
Aschenkohlensäure ab	0,183
Reine Asche	5,410 „

(Der Wesenheit nach Natron nebst Spuren Kali.)

Qualitativ wurden nachgewiesen:

Fluoresceïn;
Anilin (!);
Toluidin (!);
Phenol (!), gebunden an Natron als Natriumphenolat;
Harze nicht näher ermittelbarer Abstammung, wahrscheinlich zum Guajakharz gehörig;

Verseifte Fettsäuren, nicht näher ermittelbarer Abstammung, gebunden an Natron; aufserdem:

Benzol, Parabenzol, Toluol, Xylol, Viridin, Rubidin, Chinolin und sonstige unbestimmbare Teerstoffe, unter denen auch Guajakol und vielleicht auch Kresol vorkommen dürften, aber nicht bestimmt nachweisbar waren.

Nach diesem allen glaubt Verf. sein Gutachten über das „Kreolin" vorläufig dahin abgeben zu können, dafs selbes thatsächlich, der Wesenheit nach, ein Produkt des Steinkohlenteers ist, jedoch unter Zuhilfenahme von Harzseife und einer bisher individuell nicht näher ermittelbaren Fettseife und kaust. Natron, ein Mixtum compositum von karbolsaurem Natron, Liquor Kali et Natri kreosotatus, Harzseife, wahrscheinlich Guajakharzseife, Fettseife und inkorporierten Teerstoffen vorstellt, sonach ohne Frage die dem Pharmazeuten bekannten Eigenschaften jener Teerpräparate teilt. (*D.-amerik. Apoth.-Ztg.* 1888. No. 4.)

Unser Petersb. Correspondent Herr Dr. Petersen schreibt aus Helsingfors: Eine Thatsache, die uns Smirnow mitteilt, ist uns von grofser praktischer Bedeutung. Wir fanden keinen einzigen Fall von Ulcus molle, und wurde uns mitgeteilt, dafs dasselbe in Helsingfors fast garnicht vorkomme. Nur zu Beginn der Navigation zeigen sich eingeschleppte Ulcera mollia, die sich im Sommer etwas vermehren und im Herbst wieder schwinden. Einerseits erklärt sich dieses wohl durch die bekannte Reinlichkeit der Finnländerinnen, anderseits weist es auf Gründlichkeit der med. Kontrolle hin. Die Häufigkeit der Ulcera mollia ist ein direkter Indikator für die Thätigkeit der med.-polizeilichen Komitees und könnten wir in dieser Hinsicht in Petersburg, wo Ulcera mollia in den Spezial-Hospitalabteilungen noch immer den ersten Platz einnehmen, noch viel von Finnland lernen. Hautkrankheiten scheinen in Finnland wenig verbreitet zu sein. Lepra soll selten sein, höchstens sieht man 1—2 Fälle im Jahr.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Spina. *Untersuchungen über die Entfärbbarkeit der mit Anilinfarben tingierten Bakterien.* (Allgem. Wr. med. Zeitung. 1887. No. 15/16.)

Bowen. *Über das Vorkommen pockenähnlicher Gebilde in den inneren Organen.* (Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syphilis. 1887.)

Eisenlohr. *Zur Pathologie der zentralen Kehlkopflähmungen.* (Archiv f. Psychiatrie. Bd. XIX. Heft 2.)

Druckfehlerberichtigung.

S. 736. Z. 14 v. o.: sehr, statt genau.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg und Leipzig.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 19. 1. Oktober 1888.

Über Kraurosis vulvae.

Von

Professor Dr. V. Janovsky,

Vorstand der dermat. syphilid. Klinik an der böhm. medizin. Klinik in Prag. Primararzt des k.k. allgemeinen Krankenhauses.

Unter dem Titel „Über Kraurosis vulvae, eine wenig beachtete Form von Hautatrophie am pudendum muliebre" beschrieb Breisky [1] im Jahre 1885 12 Fälle von eigentümlicher atrophischer Schrumpfung der Haut, „welche ihren Sitz im Vestibulum, den kleinen Labien mit dem frenulum und praeputium clitoridis, der Innenfläche der grofsen Labien bis an die hintere Komissur und der nächst angrenzenden Dammhaut hat." Dadurch entsteht ein eigentümliches Bild eines Defektes und einer Verkümmerung der normalen Faltenbildung an der Scham, welches nach B. in der Litteratur bisher keine Erwähnung fand. In der näheren klinischen Beschreibung macht B. darauf aufmerksam, dafs die kleinen Labien oft scheinbar fehlen oder sich nur „als leichte Furchen markieren." Häufig fehlt das praeputium clitoridis ganz, und beim Auseinanderziehen der Labien springt eine straffe Querfalte oberhalb dem orificium urethrae vor. Ähnliche straff gespannte Falten entstehen durch Schrumpfung der hinteren Vulvarpartien. B. bezeichnet als Effekt dieser Schrumpfungsvorgänge eine Vestibularstenose, welche dem Koitus und der Geburt einen gröfseren oder kleineren Widerstand entgegensetzt. Die von dem Prozesse betroffene Haut erscheint weifslich trocken, die Epidermis manchmal verdickt, manchmal von ektatischen

[1] *Zeitschrift für Heilkunde.* VI. Bd. 1. Hft. S. 69.

Gefäfschen durchzogen. Die histologische Untersuchung ergab das Bild von „Rückbildungsvorgängen in den oberen Schichten des Koriums, namentlich des Papillarkörpers, dessen Substanz sklerosiert, matt, glasig und in der Richtung der Papillenachsen leicht gestreift erschien." Die Papillen erschienen im ganzen niedrig, die Reteschicht über denselben auffallend niedrig, die ziemlich dick verhornte Epidermis lag nahe über den Papillenköpfen. Die Talgdrüsen und Schweifsdrüsen sind bis auf Reste geschwunden, in der Tiefe der Papillen eine kleinzellige Infiltration, welcher jedoch B. „in Anbetracht der bei der Geburt gesetzten Zirkulationsstörungen" keine besondere Bedeutung vindiziert.

Die Ätiologie ist in den Fällen B.s unklar. In keinem Falle waren entzündliche oder exanthematische Erkrankungen der Genitalien vorausgegangen. In 4 Fällen von 12 konnte Pruritus vulvae konstatiert werden, 3 Kranke litten längere Zeit an Leukorrhöe, im Harn war kein Zucker nachweisbar, ebenso ging kein Ekzem voraus, ebenso war Syphilis ausgeschlossen. Als Folgen des Zustandes stellten sich Fissuren ein. Die Therapie erwies sich in allen Fällen als machtlos.

Dies sind in kurzem Auszuge die prägnantesten Daten aus der interessanten und gründlichen Arbeit B.s, dem das Verdienst gebührt, zuerst die Aufmerksamkeit auf eine Erkrankung gelenkt zu haben, die in mannigfacher Beziehung das Interesse auch der weiteren ärztlichen Kreise in Anspruch nimmt. —

Durch die Publikation B.s aufmerksam gemacht, fahndete ich unter dem mir zugänglichen Materiale meiner Abteilung und Privatklientel nach ähnlichen Fällen und konnte auch im Verlaufe der letzten $2^1/_2$ Jahre 6 Fälle beobachten, welche exquisite Formen von Kraurosis vulvae darboten. Da mir diese einschlägigen Beobachtungen besonders in ätiologischer Beziehung einer Mitteilung wert erschienen, so hielt ich es für angezeigt, derselben hier kurz Erwähnung zu thun.

Für den Zweck unsrer Arbeit genügt gewifs eine kurze Skizzierung der Fälle, welche hauptsächlich den lokalen Befund hervorheben.

I. Fall. B. E., 20jährige Prostituierte, tritt sub P. N. 4031 in Behandlung. Vor 3 Tagen letzter Koitus, seit 2 Tagen will die Kranke die jetzige Affektion bemerkt haben. Befund mit Ausnahme der Genitalien normal. Die Leistendrüsen beiderseits leicht geschwollen und empfindlich. In der Komissur ein etwa 1 cm langes fissurales, speckig belegtes Geschwür mit weicher Basis. An den Hymenresten seichte Exkoriationen. Mäfsige Cervikalblennorrhöe. Die kleinen Labien beiderseits sind in der innern Schleimhautfläche der grofsen Labien fast verstrichen, eine straff gespaltene Falte, hinter welcher die Schleimhaut leicht buchtig hervorspringt, zieht sich bis zum introitus und wird gegen die Hymenalreste zu von konzentrisch gegen das Scheidenlumen hinlaufenden Fältchen in Segmente geteilt. Die Schleimhaut stellenweise milchig getrübt, glatt, trocken, verdünnt, ziemlich fest angeheftet, so dafs die Faltenbildung schwer gelingt. Das praeputium clitoridis stark verkürzt, eigentlich nur durch eine stärkere Faltung der Haut angedeutet. Die kleine Klitoriseichel mit einer weifslich verdickten Schleimhaut bedeckt und in der Hautduplikatur der Vorhaut straff angeheftet, die Urethralöffnung klein, auch hier zeigt die Schleimhaut die oben erwähnten Veränderungen. Schleimhaut der etwas engeren Scheide normal. Syphilis oder anderweitige venerische Prozesse waren nicht vorausgegangen. Die jetzige Erkrankung (Geschwür) soll die erste ähnlicher Art gewesen sein.

II. Fall. Dieser Fall bietet insofern noch mehr Interesse, als wir es mit einer, sagen wir Hemikraurosis zu thun haben, indem nämlich blofs die untere Partie der Labien und des Vorhofsabschnittes der Vulva von der Affektion befallen sind.

K. M., 24 Jahre, verheiratet, gibt an, beim Koitus namentlich in der ersten Zeit ziemlich starke Schmerzen gefühlt zu haben. Vor 1 Jahre wurde die Kranke von einem ausgetragenen starken Kinde entbunden, wobei ein tiefer Einrifs des Dammes entstand, welcher genäht und mit Jodoforminspersionen behandelt binnen 12 Tagen heilte. Seit einem halben Jahr bemerkt die Kranke einen starken Ausfluſs aus der Scheide. Bei der sonst vollkommen gesunden und robusten Frau ist die obere Hälfte der äufseren Genitalien vollkommen normal ausgebildet, während im unteren Abschnitt von den Labien und dem Vorhofsabschnitte der Vulva eingreifende kraurotische Veränderungen sich vorfinden. Währenddem in dem oberen Abschnitte die Faltung der Labien, die Verhältnisse des Praeputiums und der Umgebung der Urethra den normalen Verhältnissen entsprechen, ändert sich mit einemmal gegen die Mitte der äufsern Genitalien hin das Bild in einer auffallenden Weise. Der schroff hervorspringende Rand der kleinen Labien beiderseits biegt in einem leicht gekrümmten Bogen nach innen zu ab und verschwindet hier vollkommen in der Schleimhautplatte der grofsen Schamlippen, ohne dafs später gegen unten zu eine Andeutung der Konturs der kleinen Schamlippen zu bemerken wäre. Vom Rande der grofsen Labien zieht eine opake Schleimhautfläche zum verengten Vulvarostium hin ziemlich gespannt und trocken. Von der Komissur ab zieht sich eine etwa

$1^1/_2$ cm lange weifsliche, leicht pigmentierte Narbe gegen den Damm zu, dessen Haut in der nächsten Umgebung der beschriebenen Veränderungen leicht atrophisch, pigmentarm und verdünnt erscheint. Die Schleimhaut der Vagina an der unteren Wand hinter dem introitus stellenweise verdickt, milchig getrübt. Diese milchige Trübung ist bedingt durch leicht hervorragende Epithelauflagerungen, die sich in inselförmigen, scharf umschriebenen Plaques gegen den Scheideneingang zusammendrängen. Dieser Befund bietet ein ähnliches Bild wie die von Schwimmer beschriebene Leukoplakie.

III. Fall. Am stärksten ausgeprägt war die kraurotische Veränderung der äufseren Genitalien bei der Prostituierten J. S., 19 Jahre alt, welche zu wiederholten malen mit lokalen Affektionen, Ulcera, Scheiden- und Urethralblennorrhöe, sowie endlich mit konstitutionellen Symptomen auf der Abteilung lag. Die Kranke ist mittelgrofs, kräftig gebaut, von starkem Knochenbau, entwickelter Muskulatur, mäfsig fettreichem Unterhautzellgewebe, bezüglich der Innenorgane keine pathologischen Erscheinungen darbietend. Die Lymphdrüsen überall stark indolent geschwellt, besonders die Nacken- und Leistendrüsen. An den Kopfhaaren beginnendes Defluvium auf Grund einer ziemlich intensiven Seborrhoea; an der Zungenspitze, besonders nach vorne zu, zerstreute plaques opalines; die Mandeln geschwellt, ebenso die Schleimhaut des weichen Gaumens, an diesen stellenweise verheilende plaques muqueuses, teilweise entwickelte, zerfallende Papeln. Laryngoskopisch läfst sich eine Anschwellung der Schleimhaut des Kehldeckels und des Kehlkopfinnern konstatieren; am lig. glosso-epiglotic*um* beiderseits zerfallende Papeln. An der Haut des Rumpfes ein verblassendes makulöses Syphilid, um den After herum Spuren von Kondylomen. Bezüglich der äufseren Genitalien bieten die grofsen Labien, was ihren Bau anbelangt, normale Verhältnisse; dieselben sind ziemlich stark entwickelt, haben eine ansehnliche Fettschicht, sind mäfsig behaart, an einzelnen Stellen mit derben, isolierten Kondylomen besetzt. Die Duplikatur der kleinen Labien ist vollkommen verstrichen, ebenso fehlt das praeputium clitoridis bis auf einen unbedeutenden, mit weifslich verdicktem Epithel bedeckten Wulst oberhalb des Kitzlers. Die Klitoris mäfsig entwickelt; an Stelle der kleinen Labien zieht sich, von der Innenplatte der grofsen Schamlefzen ausgehend, ein kreisförmiger, schwer verschiebbarer, wallartig hervorspringender Wulst gegen den Eingang der Vulva; an seiner inneren Abgrenzung durch mit Plaques bedeckte Hymenreste sich markierend, auf der Höhe des straff gespannten Wulstes die Schleimhaut ab und zu im epithelialen Anteile getrübt und verdickt. Über die Höhe des Wulstes laufen einzelne seichtere und tiefer einspringende Querleisten, in deren Tiefe sich seichte, speckig belegte Fissuren vorfinden. Der Scheideneingang bedeutend verschmälert, ebenso die ganze Vagina sehr schmal, so dafs die Einführung eines gewöhnlich kalibrierten Fergussonschen Röhrenspekulums auf bedeutende Schwierigkeiten stöfst. Der Uterus frei beweglich, an der Schleimhaut der Scheide das Epithel stellenweise verdickt, die Schleim-

haut überall straff an ihre Unterlage angeheftet, die Scheide wenig nachgiebig.

IV. Fall. Einen interessanten Fall von Kraurose beobachtete ich bei der 23jährigen F. B. Dieselbe, seit einem Jahre verheiratet, stets gesund gewesen, stellte sich am 24. Januar 1886 mit folgendem Status praesens vor: Die Kranke grofs, kräftig gebaut, von starkem Knochenbau, mäfsig entwickelter Muskulatur, stark fetthaltigem Unterhautzellgewebe. Temperatur 37,2, die inneren Organe normal. Die Drüsen geschwellt, am Arcus palatoglossus links zwei dicht nebeneinander stehende linsengrofse plaques opalines; am linken Seitenrande der Zunge gegen die Spitze hin exulcerierte Schleimpapeln. Über den Körper zerstreut Reste eines grofsfleckigen, mit linsengrofsen Papeln untermischten Syphilids. Die Leistendrüsen beiderseits geschwellt. Die grofsen Schamlippen beiderseits um das fünffache vergröfsert, derb geschwollen und infiltriert; in der Mitte zeigt das Infiltrat eine etwas härtere Konsistenz, währenddem es an der Peripherie eher derb teigig sich anfühlt, durch Druck sich auch verdrängen läfst und sich einerseits in die Haut des Perineums, anderseits in die Haut des Mons Veneris verliert. An der Innenfläche der linken grofsen Schamlippe nach unten zu ein etwa kreuzergrofses, leicht eleviertes, speckig belegtes Geschwür mit hartem Grunde. Das Ödem der linken Schamlippe gegenüber demjenigen der rechten etwas derb und besonders in der Nähe des Geschwürs von exquisit sklerotischer Beschaffenheit. Auf der Höhe der ödematös geschwellten Schamlippe hier und da zerstreute, isolierte, zerfallende, mit molekulärem Detritus bedeckte Papeln, welche sich auch an dem inneren Blatte der Klitorisvorhaut, sowie als Plaques muqueuses an der Eichel des Kitzlers lokalisierten. Am Innenrande der kleinen Schamlippen zerfallende Schleimpapeln, in den Falten der Vulva reichlich eiteriges Sekret angesammelt. Die Schleimhaut der Scheide ödematös, hyperämisch, starke Cervikalblennorrhöe. — Der jetzige Zustand, welchen die Kranke verheimlichte, soll in die 7. Woche dauern; wie es sich später herausstellte, wurde die Kranke von ihrem Manne, welcher sich extrakonjugal infizierte und mit einer Sklerose und Allgemeinerscheinungen in Behandlung stand, angesteckt. Unter Einleitung einer Schmierkur mit gleichzeitiger Darreichung von leichten Gaben Jodkali, lokaler Behandlung mit Salzwasser-Inspersionen und Kalomeleinstreuungen, sowie später Anwendung einer Präzipitatsalbe, sowie der lokalen Applikation einer alkoholischen Sublimatlösung gingen die Erscheinungen binnen 4 Wochen insoweit zurück, dafs die Papeln mit Zurücklassung von pigmentierten Flecken verschwanden, und auch die Schleimhautaffektionen sich zurückbildeten. Das vorhin erwähnte Geschwür an der Innenseite der linken grofsen Schamlippe heilte, jedoch das starre Ödem persistierte noch längere Zeit und ging erst nach Ablauf von weiteren 4 Wochen so ziemlich zurück. Die kleinen Labien zeigten sich nach Resorption der darauf sitzenden Papeln auffallend klein und bei Berührung etwas empfindlich. Die Kranke verreiste hierauf und stellte sich mir erst

im Herbste des Jahres, Ende Oktober, von neuem vor, wobei ich merkwürdigerweise an den grofsen und kleinen Schamlippen kraurotische Veränderungen konstatieren konnte, und zwar in ungleicher Weise. Das linke grofse Labium war in seiner Totalität geschrumpft und auf einen strammen zwischen zwei tieferen Querfurchen hervorspringenden länglichen Wulst reduziert. Die anatomischen Konturen der kleinen Schamlippe dieser Seite waren ebenso vollständig verwischt, und es breitete sich an dieser Stelle eine mit weifslich getrübtem und verdicktem Epithel bedeckte, ziemlich pralle, elipsoid hervorgewölbte Platte aus, welche sich allmählich in die Überreste des Hymens dieser Seite verlor. Das Präputium der Klitoris war ebenfalls geschrumpft, bis auf einen halbkreisförmig hinter der Eichel dieses Organs hervorspringenden Wall reduziert. — Auf der rechten Seite waren die kraurotischen Veränderungen weniger ausgesprochen; die rechte grofse Schamlippe war bis auf ein unbedeutendes Ödem in den unteren Partien vollkommen normal, die kleine Schamlippe erschien jedoch im ganzen in ihrer Substanz reduziert, ebenfalls wenig beweglich und straff an die Unterlage angeheftet, markierte sich als eine kammartig hervorspringende Erhabenheit, welche sich nach oben zu in dem retrahierten Präputium der Klitoris verlor. Am Scheideneingange leichte Veränderungen des Epithels, sonst der Befund vollkommen normal. Der Scheideneingang gegen früher leicht verengert.

V. Fall. Der fünfte Fall schliefst sich in seinem Befunde eng an den ersten von Breisky in seiner Arbeit (l. c.) beschriebenen Fall an. Die 24jährige Primipara entbindet zur normalen Zeit am 22. Januar 1886. Die Anamnese ergab keine Anhaltspunkte bezüglich früher vorangegangener konstitutioneller oder lokaler Erkrankungen. Bei der Geburt, deren Verlauf ich nicht beobachtete, soll ein tiefer Einrifs entstanden sein, welcher genäht und mit Jodoformgaze verbunden wurde. Das Geschwür nach dem Einrisse heilte durch längere Zeit nicht, und am Rande sollen sich seit zwei Monaten Vegetationen gebildet haben, weswegen die Kranke zur Untersuchung kam. Auffallend war beim lokalen Befunde der sonst normal gebauten und innerlich vollkommen gesunden Kranken — an deren Genitalien nicht die geringste Spur einer vorausgegangenen syphilitischen Infektion nachgewiesen werden konnte — die sehr kurze Rima vulvae. Die kleinen Labien waren ebenso, wie in dem Falle Breiskys, sehr schwach entwickelt, durch kleine Furchen von den grofsen Labien getrennt, an ihrer Oberfläche leichte Epitheltrübungen, und auch hier, in dem einzigen Falle meiner Beobachtung, zeigte die Cutis in den unteren Partien des Mons Veneris die trockene Beschaffenheit, wie sie Breisky in seinem ersten Falle schildert. Im Scheideneingange ein lineares, etwa 5 mm breites, 3 cm langes, speckig belegtes Geschwür, an dessen Rande Vegetationen aufschiefsen. Die trotz der Geburt enge Vagina glattwandig, auffallend trocken, hier und da, besonders im Scheideneingange Epitheltrübungen. Zwischen den Resten der kleinen Labien unterhalb der Klitoris zieht eine kammförmige Querfurche von einem Labium zum andern.

VI. Fall. Frau K. S., 31 Jahre alt, seit 6 Jahren verheiratet. Vor 5 Jahren Abortus, während der Zeit der dermaligen Schwangerschaft, und etwa 2 Monate nachher leichte konstitutionell-syphilitische Symptome: Drüsenschwellungen, plaques muqueuses an den Mandeln und an der Zunge, ein leichtes maculopapulöses Exanthem am Rumpfe und an den Extremitäten. Die Kranke konsultierte mich vorerst im Jahre 1887 und zwar am 12. Januar; sie klagte über Brennen beim Urinieren, mäfsigen Ausfluſs aus der Scheide und Schmerzen beim Koitus, welche, wie die Kranke angibt, in der ersten Zeit ihrer Ehe am stärksten aufgetreten waren, jedoch auch jetzt noch manchmal ziemlich intensiv sich kundgeben. Über vorhergehende Erkrankungen an den Genitalien weifs die Kranke nichts zu berichten. Die Menstruation trat mit dem 14. Lebensjahre ein, die Kranke war chlorotisch durch 2 Jahre; nach Gebrauch von Franzensbader Thermen wurde die Chlorose behoben und die Kranke war normal menstruiert, besonders zur Zeit vor ihrer Schwangerschaft. Durch weitere Recherchen erfuhr ich, daſs der Mann der betreffenden Kranken vor ihrer Konzeption an rezenten syphilitischen Symptomen gelitten hatte. Als ich die Kranke untersuchte, waren jedoch bei ihr keine konstitutionellen Symptome vorhanden; bloſs eine leichte Drüsenschwellung lieſs auf vorausgegangene Symptome schlieſsen. Nach einer Einleitung von Schmierkur und eingehender intermittierender Behandlung, teilweise mit Jod, teilweise mit Quecksilber, schwanden die Drüsenschwellungen. — Seit einigen Wochen klagte die Frau über einen leichten Schleimfluſs. Der Befund bei der ziemlich kräftig genährten Kranken bot aufser den Drüsenschwellungen und leichten Narben am weichen Gaumen und im Pharynx nichts Abnormes dar, bloſs die kraurotische Beschaffenheit der Genitalien war auffallend. Die kleinen Labien waren vollkommen verschwunden, die Bedeckung an diesen Stellen verstrich vollkommen glatt am Innenblatte der groſsen Schamlippen, und bloſs gegen die Hymenalreste und den Scheideneingang zu trat eine leichte Wulstung auf, welche durch seicht verstreichende Längsfalten leicht gefeldert erschien. Unterhalb der verkümmerten Klitoris zeigte sich eine tief einspringende Querfalte gegen das Urethralostium hin, der Scheideneingang war schmal, so daſs die Einführung eines gewöhlichen Fergussonschen Spekulums mit bedeutenden Schwierigkeiten verknüpft war und die weitere Untersuchung gröſstenteils mit einem kleinkalibrierten Segalasschen Spiegel vorgenommen werden muſste. An der Schleimhaut des Eingangs der Vulva und des Vestibulum zahlreiche teilweise florähnliche, teilweise stärkere Verdickungen des Epithels; hier und da waren die auffallend atrophischen Partien von leicht ektatischen Venen durchzogen. Die Cervikalportion ragt ziemlich tief in die Scheide hinein, an der vorderen Muttermundslippe eine erbsengroſse leicht blutende Erosion; Symptome von Cervikalkatarrh.

Dies sind in Kürze angedeutet die Fälle von Kraurose, welche ich in den letzten Jahren zu beobachten Gelegenheit

hatte, und die sich, was den klinischen Rahmen anbelangt, vollkommen an die von Breisky beobachteten Fälle anschliefsen. Es ist auffallend, dafs eine Affektion, welche so bedeutende, in die Augen springende Veränderungen an der Schleimhaut der Genitalien setzt, bisher der Aufmerksamkeit der Autoren entging; jedenfalls erscheint dieselbe wichtig, nachdem, wie dies bereits Breisky in seiner ausgezeichneten Arbeit betonte, hierdurch bedenkliche Störungen während der Geburt entstehen können, welche, was am wichtigsten ist, eine Infektionsquelle bezüglich der puerperalen Prozesse abzugeben imstande sind. Nicht minder interessant, aber bisher dunkel ist die Ätiologie dieser Affektion. Vielleicht handelt es sich in einer Reihe von Fällen um angeborene Verbildungen des Genitaltraktus. Dafs die Blennorrhöe bei excessiv langer Dauer ähnliche Veränderungen bewirken könnte, läfst sich nicht a priori ausschliefsen; wenn wir blofs die Analogie unsrer klinischen Folgen einer lang dauernden Urethralblennorrhöe beim Manne uns vergegenwärtigen, so wissen wir, dafs sich leicht infolge dieser Prozesse eine Schrumpfung der die Urethral-Schleimhaut konstituierenden Elemente entwickeln kann, welche eine entfernte Analogie mit der Kraurose aufweist. Ich würde zur Unterstützung dieser Hypothese zahlreiche Befunde anführen, welche mir bei der endoskopischen Untersuchung der chronischen Gonorrhöe aufstiefsen und welche mich die Entwickelung einer weiten Otis'schen Striktur bis zur typischen Schrumpfungs-Striktur verfolgen liefsen. Auch hier kommen jene Befunde vor, welche mir bei meinen Fällen von Kraurose in Form mächtigerer oder schmälerer Epithelauflagerungen aufstiefsen. Die Entwickelung der auf Grundlage der bahnbrechenden Arbeiten von Otis leicht zu konstatierenden weiten Strikturen ist auch hier mit leichter Epitheltrübung vergesellschaftet, welche uns im gegebenen Falle einen wertvollen klinisch-endoskopischen Fingerzeig für die Entwickelung tiefer Prozesse in der Schleimhaut abgibt. Es läfst sich daher auch bei der Entwickelung der Kraurose, wenigstens bisher — solange nicht zahlreiche histologische Befunde vorliegen — nicht von der Hand weisen, dafs blennorrhoische oder tiefergreifende entzündliche Prozesse, wie dies schon Breisky betont, eine

Rolle spielen können. Der Befund von Leukoplakie der Scheide n jenem Sinne, wie sie SCHWIMMER an der Zunge und der Mundschleimhaut anführt, ist jedenfalls bei den Fällen von Kraurose sehr interessant. Es ist ja möglich, dafs die Ernährungsstörungen, welche zu der Hyperplasie und leukoplakischen Veränderung des Epithels führen, zugleich durch Wucherung in den tieferen Schichten eine Kraurose zu stande bringen würden. Nach den histologischen Befunden SCHWIMMERS und BABESIUS'[2] handelt es sich um Prozesse, welche, auf Grundlage der kongestiven Hyperämie entstanden, zu einer Beteiligung der Gefäfse der betreffenden Partien, zu exsudativen Vorgängen (recte Proliferationsvorgängen) im Bindegewebe und schliefslich zu Wucherungen des Epithels geführt haben. Auch an die leukoplakischen, ursprünglich irritativen und hyperplastischen Vorgänge in der subepithelialen und epithelialen Schicht schliefst sich (vide SCHWIMMER l. c. pag. 98) ein atrophischer Prozefs an, welcher sich nicht stets an der Grenze des Epithels begrenzt, sondern auch sehr häufig hinübergreifen kann, so dafs es uns auf Grundlage der klaren histologischen Arbeiten SCHWIMMERS ganz leicht möglich erscheint, einen Teil der kraurotischen Vorgänge, namentlich jenen, wo sich Epithelverdickungen — welche vollkommen den von SCHWIMMER beschriebenen leukoplakischen gleichen — vorfinden, auf diese Art und Weise zu erklären. Ein besonderes Interesse beansprucht jedoch jener Fall, wo auf Grundlage eines sklerotischen Ödems, welches in der neueren Zeit, wie bekannt, von OBERLIN und FINGER eingehend bearbeitet wurde, die Affektion zur Entwickelung kam; hier scheint das indurative Ödem den Anstofs zu den kraurotischen Veränderungen gegeben zu haben, welche sich im Anschlufs an die anatomischen Prozesse des indurativen Ödems vollzogen. Es ist dies nicht das erste Beispiel, dafs atrophische Vorgänge an der Haut und ähnlichen Gebilden eintreten können. Wir möchten als Analogie diejenigen Fälle NIVETS[3] und BALZERS[4] hervorheben, wo Atro-

[2] Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle. *Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.* 1878. pag. 95.

[3] Macules atrophiques cutanées ayant succédé à la resorption interstitielle d'une syphilide secondaire généralisée. *Arch. de dermatologie et de*

phien der Haut an Stelle früherer syphilitischer Affektionen am Rumpfe eintraten und wo gewifs auch nichts der Annahme im Wege steht, dafs an der Haut und Schleimhaut der Genitalien ähnliche Prozesse eintreten können. — Jedenfalls verdient diese Affektion, deren Kenntnis wir Breiskys bahnbrechender Arbeit verdanken, eine eingehende Schilderung, und wir haben von eingehenden histologischen Untersuchungen, zu welchen sich mir leider, hauptsächlich wegen Renitenz der betreffenden Kranken keine Gelegenheit bot, weitere Aufklärungen über diesen höchst interessanten Prozefs zu erwarten.

Die Fortschritte der Hautanatomie in den letzten 5 Jahren.

Von

P. G. Unna.

II.

Die Struktur der unverhornten Oberhautzellen.

D. Hornschicht und Verhornung.

Bekanntlich gab es bis 1882 drei Theorien der Verhornung. Die erste rührte von mir her. Ich fand durch Verdauungsversuche an der verhornten Oberhaut, dafs nur der Zellenmantel in Salzsäurepepsin unverdaulich und mithin verhornt sei, und stellte demgemäfs die Verhornung, zunächst nur der Oberhautzellen, als einen Prozefs hin, welcher lediglich in einer Umwandlung der

---

syphiligraphie. Bd. VIII. 1887. pag. 641. — [4] *Semaine médicale.* 1887 pag. 448. Bericht aus der Société médicale des hôpitaux.

äufsersten Zellschicht und den mit denselben zusammenhängenden Verbindungsbrücken bestand. Gleichzeitige pathologische und therapeutische Erfahrungen legten es mir nahe, diese Ansicht noch dahin zu präzisieren, dafs die äufsere Schicht der Epithelzelle sich durch eine Wasserentziehung und gleichzeitig stattfindende Sauerstoffentziehung (Reduktion) in eine Hornmembran, eine Hornhülse des sonst unverhornten Zellkörpers verwandle — womit ich jedoch noch andre chemische Vorgänge bei der Verhornung durchaus nicht als ausgeschlossen betrachtete.

Waldeyer stellte im Gegensatz dazu eine Theorie auf, in welcher dem in der Zelle eingeschlossenen Keratohyalin eine wesentliche Rolle bei der Verhornung zufiel, indem das abgeschiedene Keratohyalin sich wieder mit der restierenden Zellsubstanz verbinden und aus dieser Verbindung die Hornsubstanz hervorgehen solle. Waldeyer stützt sich dabei auf die Resultate der Verdauung der verhornenden Zellen der Haarwurzelscheide. Hiernach scheint es, als ob Waldeyer den ganzen Inhalt der Hornzellen für verhornt hält.

Nach der dritten von Zabludowsky aufgestellten und neuerdings von Zander wieder aufgenommenen Theorie ist das Keratohyalin im Innern der Zellen bereits tropfenförmig abgeschiedenes Keratin. Auch nach dieser Ansicht würde das ganze Innere der Epithelzelle der Verhornung entgegen gehen.

Neuerdings ist nun Reinke (Untersuchungen über die Horngebilde der Säugetierhaut. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 30. pag. 198) dieser Frage an der Hand von Färbungsmethoden näher getreten. Die Schnitte wurden nach Härtung in Alkohol, Flemmingscher Lösung oder chromsaur. Kali mehrere Tage lang in konzentrierter alkoholischer Lösung von Safranin oder Gentiana überfärbt, dann in schwach mit Salzsäure angesäuertem Alkohol entfärbt. Es zeigte sich nun bei denjenigen drei Hornsubstanzen, deren Matrix Keratohyalin abscheidet, nämlich an der Oberhaut, der Haarwurzelscheide und dem Haarmark, eine intensive spezifische Färbung, welche dort begann, wo das Keratohyalin wieder verschwand und weiterhin gleichmäfsig persistierte.

Bei denjenigen Hornsubstanzen, welche ohne Abscheidung von Keratohyalin erzeugt werden, war es verschieden. Die Voll-

wurzel des Haares und der Nagel, auch hierin sich gleichend, wurden intensiv gefärbt, dagegen die Haarrinde und Haarrindencuticula nicht. (Über die Wurzelscheidencuticula, welche auch kein Keratohyalin abscheidet, spricht Reinke nicht.)

Diese letzten Fundstätten: Haarrinde und deren Cuticula zeigten nun aber ein eigentümliches Phänomen, welches Reinke zu einer besonderen Deutung und dadurch zur Aufstellung der vierten Verhornungstheorie veranlafste.

Es färben sich hier nämlich die von Waldeyer entdeckten Hornfibrillen, nicht aber die zwischen denselben gelegene Substanz mit der Reinkeschen Färbemethode. Dadurch ist die Haarrinde an einer bestimmten Strecke, nämlich wo die Hornfibrillen vorkommen, tingiert. — Diese Partie beginnt oberhalb der Keimschicht der Haarrinde und erstreckt sich bis etwas oberhalb der Verhornungsgrenze der Huxleyschen Schicht der Wurzelscheide. Die gefärbten Fibrillen ziehen dabei, wie das Waldeyer bereits angab, von einer Zelle zur andren.

Aus diesem nur vorübergehenden Auftreten derselben Tinktion an diesen Hornzellen, welche bei andern Hornzellen zuletzt auftritt, schliefst Reinke, dafs die Färbung das Vorhandensein einer Substanz anzeige, die noch nicht vollständig verhornt sei und die er deshalb „Prokeratin“ nennt.

Hornschicht der Oberhaut, verhornte Wurzelscheide und verhorntes Mark enthalten deshalb nach Reinke im Innern der Zellen noch Prokeratin, während Haarrinde und deren Cuticula durch das Stadium des Prokeration hindurch zur vollständigen Verhornung gelangen. Auffällig ist ihm nur, dafs der Nagel, „der doch vollständig verhornt“, auch nur Prokeratin bildet.

Die Begriffe „vollständige“ und „unvollständige“ Verhornung und daher auch die ganze Schöpfung des Prokeratins erscheint mir auf blofs tinktorielle Gründe hin ganz unzulässig. Nur die Verdauungsmethode wird über vollständige Verhornung sicheren Aufschlufs geben. Alle tinktoriellen Methoden können nur, und dies allerdings in sehr wirksamer Weise, die verschiedenen Formen der Verhornung, nie allein den Grad der Verhornung fixieren. Nur durch Hinzuziehung der Verdauungsmethode kann überhaupt der Sinn einer Färbung hier eruiert werden.

Die von REINKE gefundene spezifische Färbung der Hornfibrillen der Haarrinde ist sehr hübsch und ein wichtiger Beitrag zur Lehre vom Haar; aber ebenso gut wie das Keratohyalin sowohl ein Nebenprodukt der Verhornung als wie die Hornsubstanz selbst oder ein Vorprodukt darstellen kann, ebenso berechtigt ist a priori die Annahme, dafs diese vorübergehende spezifische Färbbarkeit der Fibrillen lediglich eine Begleiterscheinung der Verhornung der Harrinde sei. Es kommt zunächst darauf an, ob die gefärbten Fibrillen in Pepsinsalzsäure löslich oder unlöslich sind.

BEHN hat in seiner Dissertation Studien über die Hornschicht der menschlichen Oberhaut, speziell über die Bedeutung des stratum lucidum (Kiel 1887) veröffentlicht. Er fand an Osmiumpräparaten die helle Schicht, welche ich als „helle Schicht bei Osmiumfärbung" unmittelbar über der Körnerschicht aufgefunden hatte und welche später von RANVIER bestätigt wurde, ebenfalls und keine Querstreifung derselben (mit mir gegen LANGERHANS). Das Innere der osmierten Hornzellen ist teils diffus dunkel grünbraun, teils graulich schwarzkörnig; SEVERIN weifs sich diesen Unterschied nicht zu erklären.

Der Autor hat vollkommen recht, die letzte Differenz, welche bisher nicht hervorgehoben zu sein scheint, einmal zu betonen. Ich möchte dieselbe in Parallele stellen mit dem gleichen Unterschiede, welcher zwischen der Osmiumfärbung des Protoplasmas und Kollagens einerseits, des Fettes anderseits besteht. Beide gehen in schwarz über, erstere aber durch grün, letzteres durch gelbbraun. Eine weitere Verfolgung dieses mikrochemischen Farbenunterschiedes wäre sehr zu wünschen.

Zwischen den Hornzellen findet SEVERIN ein schwarzes Netzwerk und bezieht es auf das von mir gefundene intercelluläre Fett. Die vorauseilende Schwärzung der basalen Hornschicht bei Osmierung frischer Schnitte hat SEVERIN nicht bestätigen können, dagegen findet er unregelmäfsige schwarze Flecke. Diese Differenz der Resultate wird wohl auf die Methoden zurückzuführen sein. Wenn man den frischen Schnitt auf dem Objektträger mit der Säure überschüttet, färbt sich zuerst RANVIERS Eleidin in Tropfen auf der Oberfläche der Schnitte (noch nicht publizierte Erfahrung von BUZZI); das werden SEVERINS unregel-

mäfsige Flecke sein. Taucht man dagegen den Schnitt in ein Schälchen starker Osmiumsäure, spült ab, entwässert und bettet ein, so findet man das diffus imbibierte Eleidin RANVIERS als braunschwarzes Band vor der Färbung der übrigen Hornschicht.

Die verschiedenen Resultate der Autoren in bezug auf die Pikrokarminfärbung — WEIGERTsches färbte das stratum lucidum nicht rot, HOYERSches und RANVIERSches dagen ja — führt SEVERIN mit Recht auf die Verschiedenheit der Pikrokarmine zurück. Mit der Hämatoxylin-Eisessig-Methode fand er die mittlere Hornschicht weifs, nicht violett, was wohl nur einer stärkeren Entfärbung zuzuschreiben ist. Die neuen REINKEschen Färbungsresultate mittels Safranin oder Gentiana konnte er bestätigen.

Als bestes Mittel, die Zellen des stratum lucidum isoliert zu sehen, empfiehlt SEVERIN: Härtung in einer 5%igen Lösung von Kali bichromicum (3—10 Tage), Auswässerung, Nachhärtung in Alkohol, diffuse Färbung mit Hämatoxylin, HOYERS oder RANVIERS Pikrokarmin, Alaunkarmin oder Säurefuchsin. Die Hornmäntel der Zellen werden hierbei auch mitgefärbt. Die Zellen erweisen sich von rhomboider Gestalt wie die Körnerzellen. Die Dicke des stratum lucidum wird, ohne nähere historisch-kritische Begründung, auf 2—3 Zellenreihen oberhalb der Körnerschicht, also ziemlich willkürlich fixiert.

In bezug auf die Theorie der Verhornung folgt SEVERIN WALDEYER, indem er annimmt, dafs das Keratohyalin wieder mit dem Protoplasma verschmilzt und so Keratin bildet, welches sich dann an die Zellenwand anlagere.

Schliefslich sucht er noch meine These über die makroskopische Wirkung der Körnerschicht zu beschränken. Dieselbe sei nicht die einzige Ursache der Weifse der Haut, da ihre Dicke der Weifse nicht proportional gehe. Allerdings zeige das Lippenrot kein Keratohyalin, hier fehle aber auch eine starke Verhornung, da die Hornzellen des Lippenrots die Kerne behalten.

Hier ist schon wieder ganz willkürlich, ohne Verdauungsversuche, über die „Stärke“ der Verhornung geurteilt. Als wenn die harte Nagelsubstanz ihre Kerne nicht ebenso gut wie das Lippenrot konservierte. Die gute Erhaltung der Kerne

findet sich ja meist oder immer mit dem Mangel an Keratohyalin zusammen, beweist aber nichts für den Grad der Verhornung.

Ganz originelle, aber auch höchst einseitige Ideen über die Verhornung hat neuerdings ZANDER (Untersuchungen über den Verhornungsprozefs. II. Mitteilung. Der Bau der menschlichen Epidermis. *Arch. f. Anat. u. Phys.* 1888. pag. 51) aufgestellt. Die Einseitigkeit erklärt sich zum gröfsten Teile schon daraus, dafs ZANDER als beste und im Text fast allein berücksichtigte Behandlung der Präparate Einbringen der ganz frischen Haut in MÜLLERsche Lösung und Färbung der Schnitte in Methyleosin angibt. Er glaubt, dafs schon sehr bald post mortem ein Schwinden des Keratohyalins beginnt, wovon noch niemand bisher das geringste bemerkt hat. Natürlich ist aber die Chrombeize der Oberhaut für die meisten nachträglichen Färbungen ein starkes Hindernis, sie verwischt viele feine Nuancierungen der spätern Tinktion, läfst keine Ahnung von dem Reichtum an Differenzen erkennen, wie die kurz in Alkohol gehärtete Oberhaut gegenüber dem ganzen Gros der natürlichen und künstlichen Farben. Die ZANDERsche Methode ist gut neben allen andern und zu deren Vergleichung heranzuziehen, mufs aber als alleinige Basis einer Theorie der Verhornung notwendig einseitige Früchte zeitigen. Sie wird schon allein dadurch verurteilt, dafs ZANDER mittels derselben „sehr bald" nach dem Tode kein Keratohyalin mehr finden konnte. Und auch hier, wie bei den Kieler Autoren, finden wir wieder gar keine Rücksicht genommen auf die einzig absolut sichere Reaktion der Verdauung mittels Pepsin-Salzsäure. —

Sehr verdienstvoll dagegen — und übrigens auch mit jeder andren Färbemethode im allgemeinen zu bestätigen — ist der Hinweis von ZANDER auf den bisher nicht genug bekannten Umstand, dafs wir eigentlich zwei Typen der Verhornung zu unterscheiden haben, den Typus A, wie er an der Vola manus und Planta pedis besteht, und den Typus B an der ganzen übrigen Haut.

Bei A erscheinen die Hornzellen von glänzenden Säumen begrenzt, welche, obgleich sie zwei Zellmembranen und die Intercellularbrücken enthalten (hierin folgt ZANDER meiner Auf-

fassung) nur 0,8 μ breit sind. Im Innern der Hornzellen wird ein zartes Netzwerk sichtbar, welches im Zentrum eine Höhle (die Kernhöhle) freiläfst. Bei B, also an der ganzen Haut mit Ausnahme der Palma und Planta, sind die von Methyleosin gefärbten Balken des Hornzellennetzes viel dicker, nämlich 1,7 μ breit und enthalten umgekehrt die stark abgeplatteten Hornzellen selbst. Die Lücken dieses Netzes werden nicht von dem Innern der Hornzellen gebildet, sondern von den Zwischenräumen zwischen den Hornzellen. Deshalb sind diese Lücken weit unregelmäfsiger und im allgemeinen gröfser und vollkommen leer. Sie entstehen dadurch, dafs durch Oberflächenspannung eine grofse Menge Intercellularbrücken abreifsen; die restierenden halten die Hornzellen an einzelnen Punkten noch zusammen; ein leichter vertikaler Zug vergröfsert nun diese Lücken und entwickelt damit das Hornnetz des Typus B, welches nicht zu vergleichen ist mit dem Hornschwamm des Typus A.

Soweit ist alles recht schön und gut und entspricht vollkommen dem, was jeder Histologe der Oberhaut gesehen hat, wenn es auch noch nirgends so klar beschrieben ist. Was ist nun aber der Grund dieser topographischen Differenz? Nach Zander ein rein mechanischer. Bei A verhindert der starke Zuschufs von jungen Zellen, welcher von der stark vergröfserten Oberfläche des komplizierten Leisten- und Zapfensystems dieser Regionen besteht, an der nicht entsprechend vergröfserten, ziemlich planen Oberfläche der Hornschicht, dafs die Hornzellen hier stark abgeplattet werden. Bei B hingegen ist der Zuschufs wegen der geringen Entwickelung der Epithelzapfen (resp. des Papillarkörpers) nur gering, die vorhandenen Hornzellen werden deshalb rasch und stark abgeplattet und viel früher abgeschuppt werden. Die Dicke der Hornschicht ist also proportional der Höhe der Epithelzapfen (resp. der Papillen). Ausnahmen von dieser Regel findet Zander nur an den kleinen Schamlippen, der Klitoris, der glans penis und der Brustwarze, legt aber auf diese Ausnahmen als „scheinbare“ nicht viel Gewicht, da die Hornschicht an diesen Stellen den Papillarkörper überzieht, ohne seine Vertiefungen auszugleichen.

Mir scheinen trotzdem diese Abweichungen recht wirkliche

und für eine rein mechanische Auffassung störende zu sein. Denn die Frage ist ja gerade, weshalb die hier durch starken Zuschufs (wegen des hohen Papillarkörpers) weniger gespannte Hornschicht doch rasch abblättert. Und dabei ist doch wohl wegen der speziellen Sinnesqualitäten und der Erektilität dieser Regionen die Dünnheit der Hornschicht hier gerade nichts weniger als gleichgültig. Ich glaube nicht, dafs, wo der Typus B trotz starker Entwickelung des Papillarkörpers vorkommt, man dieses anders auffassen kann als bedingt durch eine leichte Anderung der Hornsubstanz, welche an diesem Orte eben nachgiebiger, elastischer sein mufs.

Kann ich hier schon ZANDER nicht ganz folgen, so noch weniger in der Vorstellung, welche er auf Grund seiner Färbemethode von dem Typus A der Hohlhand und Fufssohle entwirft. Schon lange ist eine Art Etagenbau der dickeren Hornschichtstellen bekannt, welcher sich bei sehr vielen Färbungen durch ein regelmäfsiges Abwechseln, horizontal übereinander geschichteter, verschieden gefärbter Schichten kund gibt. Ich habe in meiner ersten Arbeit speziell vom Jodviolett angegeben, dafs bei allmählicher Entfärbung ein solcher Schichtenbau deutlich wird und dafs speziell die unterste farblos werdende Schicht innerhalb der Hornschicht mit meiner superbasalen Schicht zusammenfällt. Ich habe dazumal und seither stets diese Farbenunterschiede auf mechanische Weise erklärt, indem lockere und wieder festere Schichten sich aufeinander türmen. Speziell hat diese Schichtung und ihre Erklärung für uns Pathologen ein Interesse, da die Abschiebung ganzer Hornschichtteile nach medikamentöser Einwirkung (Pyrogollol-, Chrysarobin-, Resorcinbehandlung), durch vorübergehende Veränderung der Energie des Saftstroms (Mauserung, Haarausfall nach fieberhaften Krankheiten, Querfurchen der Nägel) sicher durch eine Lockerung des Zusammenhangs der Hornschichten eingeleitet wird, die in ihrer Akuität und glattem Abschlufs nur verständlich wird, wenn wir annehmen, dafs jene Einflüsse mit Leichtigkeit Konsistenz und Volumen der bereits gebildeten Hornschicht vermehren oder vermindern.

Dieser in der normalen Haut bereits angedeutete, unter

pathologischen Verhältnissen wichtig werdende Schichtenbau der Hornschicht erfährt nun durch ZANDER eine neue Deutung. Er hält diese horizontalen Einsprengungen anders gefärbter Schichten innerhalb der dicken Hornschicht der Handfläche und Fufssohle für Intercalationen des Typus B in den normal dort vorhandenen Typus A. Das bedeutet nach seiner Theorie, dafs abwechselnd ein stärkerer und geringerer Zuschufs von jungen Zellen an diesem Orte statthat. Die Perioden stärkerer Neubildung entsprächen den Schichten A, die Perioden schwächerer den Schichten B, denn in jenen wäre die Oberflächenspannung geringer, in diesen stärker. Dieser Auffassung steht nun leider die eigne Abbildung ZANDERS diametral gegenüber. In Fig. 4 zeichnet er eine gespanntere Schicht B eingesprengt in die normale Hornschicht A. Diese Einsprengung B senkt sich nun, wie sie es regelmäfsig thut, in die Epithelleisten hinab und ist hier stark ausgebildet, während sie schwach und auf wenige versprengte Zellen sich reduziert über den Papillenköpfen dazwischen. Nun sammeln sich aber — das wird ZANDER nicht bestreiten können — gerade über den Epithelleisten die zentripetal hier zusammenströmenden jungen Zellen, während sich über den Papillen dieselben zentrifugal zerstreuen. Über den Epithelleisten in der Mitte müfste also nach ZANDERS Theorie gerade eine Entspannung durch Stauung der Hornzellen, d. h. eine Neigung zum Typus A vorherrschen, während über den Papillen mit vermehrter Spannung der spärlicher hinzukommenden Zellen der Typus B dominieren müfste. Würden mithin überhaupt abwechselnd verschiedene Spannungsverhältnisse die verschieden gefärbten Lagen bestimmen, so müfsten die eingesprengten Lagen vom Typus B über den Papillen stärker ausgebildet sein und nicht umgekehrt, wie es die Regel bildet.

Aufserdem stimmt es viel besser zu unsrer pathologischen Erfahrung, rasch auftretende Quellung, resp. Eintrocknung der Hornzellen für den Eintritt des Schichtenbaues anzunehmen als die doch immer vergleichsweise langsame Neubildung von Zellen. Nach meiner Anschauung sind die stark rot gefärbten Einsprengungen der Fig. 4 festere und trocknere Partien, die schwach rot gefärbten lockerere und saftigere, und ich verstehe vollkommen,

dafs die ersteren oberhalb der Papillen, von denen der Saftstrom zentrifugal sich ausbreitet, an Stärke abnehmen.

Und so ist für mich denn auch der Typus A einfach der Typus der lockeren, saftigen, der Typus B der der festen, trockenen Hornschicht. Gewifs übersehe ich nicht den Einfluſs der verschieden starken Oberflächenspannung auf beide Arten, denn ich bin es doch wohl gewesen, der den Begriff der Oberflächenspannung in die Anatomie der Oberhaut eingeführt hat als den Begriff einer hier absolut naturnotwendig wirksamen Kraft. Aber ich lieſs und lasse noch heute diese Kraft erst oberhalb der starren basalen Hornschicht einsetzen, während ZANDER sie auf das ganze verhornte und unverhornte Epithel wirksam glaubt. Hier folge ich ihm auch heute noch nicht und sehe in der ungenügenden Berücksichtigung der starren, fest verzahnten basalen Hornschicht (strat. lucidum), welche vollständig den Einfluſs der Oberflächenspannung auf die unverhornte Stachelschicht paralysiert, den Grundfehler der ZANDERschen Theorie. Die Wichtigkeit derselben und ihre fast stets mit der Endschicht — im Gegensatz zur lockeren Mittelschicht — parallel laufenden Färbungen zu übersehen, war nur möglich durch die ausschlieſsliche Benutzung der vorangehenden Chrombeize, welche an der Hornschicht nach Typus B das stratum lucidum als besondere Zellenlage garnicht hervortreten läſst (ZANDER).

Ebenso kann ich in den Färbungsresultaten ZANDERS nicht den geringsten Gegengrund — wie er glaubt — gegen meine Annahme der 4 (besser 3) Lagen der Hornschicht finden. An der Hohlhand und Fuſssohle hat ZANDER überhaupt nur den Typus der mittleren Hornschicht mit seinem Typus A richtig getroffen, nicht vollständig den der basalen Hornschicht und garnicht den der Endschicht, da die feineren Nüancierungen der späteren Färbung durch die Vorbehandlung verwischt waren. Dieser wahre Bau der Hornschicht in drei Abteilungen, der auch von allen andern Forschern (HEBRA, REINKE, BEHN) bestätigt und Folge mechanischer Prinzipien ist, wird natürlich nicht umgestoſsen durch sekundäre Prozesse, welche im Grunde nichts ändern, als daſs sie noch öfter als gewöhnlich festere und lockerere Schichten abwechseln lassen.

Und wenn ZANDER sich weiter wundert, dafs meine 3 Schichten an der übrigen Haut sich nicht finden, so habe ich dem entgegenzusetzen, dafs sie doch vorhanden sind, indem nur — wie HEBRA bereits betonte — die Mittelschicht auf ein Minimum reduziert ist. Der ZANDERsche Typus B entspricht also meiner basalen Hornschicht und Endschicht, welche beide gleich fest und trocken und daher gleich gefärbt und von ZANDER nicht unterschieden sind — und einer sehr reduzierten Schicht lockerer Zellen dazwischen, die überall mit den gewöhnlichen Färbemethoden deutlich wird, wo die Oberhaut etwas dicker ist.

Was nun endlich den Verhornungsprozefs selbst betrifft, so hält ZANDER die Zellen vom Typus B für (bis auf den Kern) vollkommen verhornt, während diejenigen seines Typus A im Innern aus Keratohyalinkörnchen zusammengeflossene Hornbälkchen zeigen sollen, zwischen welchen zuerst noch ein Protoplasmanetz gelagert ist. In dieser Periode färben sich die Zellen diffus und stark. Wenn dann in der Folge das Protoplasma eintrocknet, so sollen die Bälkchen des Hornnetzes im Innern isoliert gefärbt und dadurch schärfer hervortreten. Auch diese Annahme widerspricht allen gewöhnlichen Färbungsgesetzen, nach denen getrocknete Substanzen sich begieriger färben als gequollene wasserhaltige. Aufserdem ist die Natur dieser netzartigen Zeichnung von ZANDER durch Verdauungsversuche so wenig als Keratin wirklich festgestellt, wie seine früher erwähnte Annahme, die Keratohyalinkörner seien Keratin, während WALDEYER bereits ihre Verdaulichkeit konstatierte. Bei Nachuntersuchungen wäre nicht zu vergessen, dafs diese netzartige Zeichnung der mittleren Hornschicht der von mir aufgefundenen Zeichnung einer oberflächlichen Fältelung dieser Zellen zum Verwechseln ähnelt, welche ich aus der Entspannung der ausgeschnittenen Hornschicht abgeleitet habe.

Eine derartige Nachuntersuchung, freilich an der Haut der Affen, liegt bereits vor von R. KRAUSE (*Beiträge zur Kenntnis der Haut der Affen*. Diss. Berlin 1888). Dieser Autor findet in Osmiumpräparaten die mit Hämatoxylin oder mit schwacher Kalilösung nachbehandelt sind, farblose Lücken im Zentrum, die ZANDERS „Kernhöhle" entsprechen, spricht sich übrigens eben-

sowenig wie ZANDER über den Verbleib der Kernreste aus, die viele andre Autoren seit HENLE und OEHL daselbst gefunden haben.

Darauf fährt KRAUSE fort: „Die Ausführung dieses Autors hinsichtlich der weiteren Beschaffenheit der Hornzellen kann ich auch bestätigen: ich fand leicht das eigentümliche Netzwerk wieder, das die Zellen erfüllt oder vielleicht bedeckt." Der letzte (von mir gesperrt gedruckte) Schlufssatz benimmt natürlich der Bestätigung KRAUSES jeden Wert und macht die ZANDERsche Angabe sogar verdächtig; denn die ZANDERsche Verhornungstheorie verlangt dieses Netzwerk eben gerade nur im Innern der Zellen.

Andre eigentümliche vertikal aufsteigende Streifungen der Hornschicht, welche KRAUSE an denselben Osmium-Kalibildern fand, und von denen er auch zweifelhaft läfst, ob sie intracellulär gelagert seien oder auf der Oberfläche der Zellen hinliefen, sind zu wenig genau geschildert, um eine wesentliche Beachtung hier zu verdienen.

Im Gegensatz zu ZANDER kann KRAUSE eine so scharfe Trennung der Verhornungstypen A und B nicht bemerken. Nach ihm kommt der Typus B auch an der Vola und Planta den Falten (BLASCHKOS) zu. Auch die neue These ZANDERS, dafs das strat. granulosum nur an frischen Objekten gut darstellbar sei, verwirft K. mit dem Bemerken, dafs Alkoholpräparate tadellose Bilder der Körnerschicht liefern.

Von Wichtigkeit für fernere Untersuchungen ist die Angabe KRAUSES, dafs die Gesäfsschwielen eine ungemein dicke (50 bis 600 μ) Hornschicht und stark ausgebildete Körnerschicht besitzen.

Fassen wir schliefslich die Hauptfortschritte in kurzen Worten zusammen, welche wir den letzten Arbeiten über die Verhornung verdanken, so ist die spezifische, neue Färbung von REINKE für gewisse Hornsubstanzen, speziell für WALDEYERS Hornfibrillen zu nennen und die Aufstellung zwei verschiedener Typen der Verhornung an freier Oberfläche durch ZANDER. Dieselben über die meisten Hautgegenden verfolgt zu haben, ist ZANDERS unbestreitbares Verdienst, wenn auch seine Theorie der Verhornung sich nach keiner Richtung stichhaltig erweist.

Im grofsen und ganzen ist zu bedauern, dafs von allen hier genannten Forschern die reich fliefsende Quelle der neuen Tinktionstechnik nicht mit der mikrochemisch mafsgebenden Reaktion der Verdauung verbunden wurde, um zu besser fundierten Schlüssen über den Akt der Verhornung zu gelangen. In Zukunft wird man spezifisch gefärbte Gewebe zu verdauen und Reste der verdauten Gewebe spezifisch zu färben und endlich die isolierten Resultate beider Methoden sorgfältig zu vergleichen haben. —

Die Organisation des Unterrichts in der Dermatologie und Syphiligraphie auf den deutschen und österreichisch-ungarischen Universitäten.

Vergleichende Studie zum Unterricht der Dermato-Syphiligraphie in Frankreich, Deutschland und Österreich-Ungarn.

Von

Professor Henry Leloir
in Lille.

(Im Auftrage des Ministeriums des öffentlichen Unterrichts.)

Deutsch von Dr. Türkheim in Hamburg.

Mit Einleitung von Dr. P. G. Unna.

Indem ich im folgenden den Bericht von Professor Leloir über den dermato-syphilidologischen Unterricht an den deutschen Hochschulen dem deutschen Leser zu bequemer und eingehender Lektüre unterbreite, macht es mir ein besonderes Vergnügen, auch meinerseits in der Lage zu sein, aus eigner Anschauung einiges über die entsprechenden Einrichtungen der medizinischen Fakultät in Lille mitteilen zu können, welche sämtlich der planvollen und unermüdlichen Thätigkeit unsers Kollegen Leloir ihr Dasein verdanken.

In dem alten aber freundlichen Liller Hospital St. Sauveur befinden sich im obersten Stockwerk die Säle für Hautkranke

und Syphilitische beiderlei Geschlechts auf den 4 Seiten eines rechteckigen grofsen Hofraums. Es sind offenbar frühere Bodenräumlichkeiten mit zu dieser Abteilung hinzugezogen worden, und man merkt, dafs auch hier die Verwaltung noch nicht von dem Prinzipe durchdrungen ist, für unsre Spezialität die besten und schönsten Räumlichkeiten des Krankenhauses zur Verfügung zu stellen.

Aber sehr geschickt hat Leloir aus dieser Not eine Tugend zu machen gewufst, indem er auf alle unteren Räumlichkeiten verzichtete, die obersten dagegen sämtlich mit Beschlag belegte. Dadurch ist nicht nur an behaglicher Breite gewonnen, was an Höhe des Raumes vielleicht fehlt, sondern seine Kranken finden sich auch alle in einem und demselben Stockwerke und dadurch in natürlicher Trennung von den übrigen Patienten. Zudem ist Licht und Luft — also das Wichtigste, was zur Diagnose und Pflege unsrer Kranken die Verwaltung beisteuern kann — hier natürlich überreichlich vorhanden. Dieses Prinzip, im Notfall lieber die Böden der Krankenhäuser als Asyl für Hautkranke herzurichten, als sich mit dunklen Hinterstübchen im Parterre zu begnügen, dürfte vielleicht auch anderswo als vorläufige Verbesserung am Platze sein.

Einen Vorzug hat die dermato-syphilidologische Klinik von Leloir vor dem Pariser Hospital St. Louis voraus — gerade so wie die Kliniken kleiner Universitäten in den Provinzen Deutschlands vor denen der Grofsstädte —, dafs sie nämlich die einzige ihrer Art für Lille und dessen Umgebung ist. Dadurch ist die wiederholte Beobachtung derselben Kranken durch dieselben Ärzte gesichert. Auch ist jede Statistik für diesen Bezirk ungemein erleichtert und besser fundiert.

Was mir in Leloirs Hautabteilung am meisten auffiel, war die grofse Anzahl lupöser Patienten. Die nördlichen Distrikte Frankreichs scheinen gerade so wie gewisse Striche der deutschen Nordseeküste (Provinz Hannover) reich an schweren Lupusformen zu sein. Besonders interessant war mir ein junger Mann, welcher mit 120 isolierten Lupusflecken am ganzen Körper besäet war — die Narben von geheilten Lupusflecken ungerechnet.

Die sklerotische, mir neue Form des Zungenlupus sah ich

bei einem kleinen Mädchen, welches aufserdem noch an Lupus des Gesichts und Rachens litt.

Auch von der bei uns ziemlich gewöhnlichen verrukösen Form der primären Hauttuberkulose fand ich einen Fall, der den Handrücken einer Frau betraf. LELOIR hatte hier mit gutem Erfolge die Behandlung allein mit Ichthyol durchgeführt, und die Heilung stand bereits aufser Frage.

Gewöhnlich braucht LELOIR entweder die Galvanokaustik nach BESNIER oder die Salicylpflastermulle nach meiner Methode in folgender Modifikation. Zuerst appliziert er 2 bis 3 Tage einen Salicylpflastermull, dann folgt eine leichte Abkratzung mit dem scharfen Löffel und darauf Einpinselung mit Jodoformäther. Zehn Tage lang werden nun dreimal täglich Kompressen appliziert, die mit folgender Sublimatlösung befeuchtet sind:

Sublimat	1,0
Glycerin	300,0
Alkohol	400,0
Wasser	100,0

Den Schlufs macht die Applikation von Quecksilberpflastermull.

Die VIDALschen Skarifikationen braucht LELOIR in einer eigentümlichen Absicht, nämlich zusammen mit der Applikation des Quecksilberpflasters, um die Narben zu verbessern. LELOIR hat diese Verwendung der Skarifikationen bereits auf der Berliner Naturforscherversammlung 1886 und seitdem auch in Frankreich publiziert.

Übrigens ist LELOIR in Frankreich auch der erste gewesen, der den flachen Lupus oberhalb der tuberkulösen Drüsen und in deren Narben als sicheres Zeichen der tuberkulösen Natur des Lupus hingestellt hat, wie ich in Deutschland in meiner Arbeit über Kinderekzem und seitdem öfter.

Jedes tuberkulöse Produkt, also auch jeder Lupus, wird auf der LELOIRschen Klinik Kaninchen oder Meerschweinchen eingeimpft. Die Tiere haben ein besonderes Gebäude in einem besonderen Garten für ihre Käfige, in denen ich unter andern Katzen sah, welche vor zwei Jahren — ohne Erfolg bisher — mit Lepra geimpft waren.

Eine Reihe von seborrhoischen Ekzemen fand ich in Leloirs Abteilung sowohl wie in dem zur Klinik gehörigen Museum der Modelle; letzteres ist noch klein, aber doch schon reichhaltig an interessanten Präparaten. Ein Fall bei einer jungen Frau, in welchem die Gibertsche Pityriasis rosea mit Ekzema seborrhoicum kompliziert war, gab wieder Veranlassung, die Differentialdiagnose beider zu diskutieren. Hier liegt offenbar eine interessante Aufgabe für die Zukunft vor, und die Entscheidung möchte leichter in Frankreich getroffen werden, wo die Pityriasis rosea öfter vorkommt, als bei uns.

Für die Auffassung der Seborrhoe als eines katarrhalischen Prozesses und des seborrhoischen Ekzems als einer Entität fand ich in Leloir einen warmen Anhänger. Für die Existenz eines tuberkulösen Ekzems in meinem Sinne dagegen und für die Auffassung der rein „lymphatischen" Symptome (Leloir) als primär tuberkulöser möchte Leloir bis jetzt nicht eintreten. Immerhin ist er in bezug auf die Notwendigkeit der Aufteilung der Ekzemgruppe nach ätiologischen Rücksichten vollkommen mit mir einverstanden.

Die Syphilitischen hat Leloir ganz getrennt von den Hautkranken untergebracht, und von ersteren getrennt wieder die puellae publicae, eine Einrichtung, die bisher in Frankreich nicht so durchgehends eingeführt ist, wie in Deutschland.

Von den Syphilisfällen erschien besonders interessant eine schwere, acquirierte Knochensyphilis bei einem 20jährigen Manne, der als 6 Monate altes Kind von der Amme angesteckt war. Erstaunt war ich über die Häufigkeit der bei uns so seltenen Pigmentsyphilis der Männer. Leloir, dessen Schüler de Fissou (These von 1887) über diesen Gegenstand gearbeitet hat, sagte mir, dafs dieselbe in Nordfrankreich weit häufiger sei als z. B. in Paris. Es wäre interessant zu erfahren, wie es sich in Nordfrankreich mit andern Pigmenterkrankungen der Haut verhält.

Neu war mir die Behauptung Leloirs, welche er mit der Lyoner Schule aufrecht hält, dafs sehr häufig, in 6 Zehntel aller Fälle, die Initialsklerose Narben hinterlassen soll, d. h. verdichtete und atrophische Hautstellen, die allerdings oft nur bei schiefer Beleuchtung als solche deutlich werden.

Seit 2 Jahren werden alle Syphilitiker mittels subkutaner Injektionen von Kalomel oder gelbem Präzipitat mit Vaselin behandelt, wobei bisher nur ein einziger Abscefs beobachtet wurde. Bei beginnendem Jodismus gibt Leloir pro Tag 1/2 Milligramm Atropin regelmäfsig neben dem Jodkalium und erzielt damit sehr befriedigende Resultate.

Besonders neu und interessant waren unter den Modellen des Museums für mich dasjenige eines Falles von Biskrabeule. Mr. Loustalot hat unter Leloirs Leitung eine wichtige bakteriologische und experimentelle Versuchsreihe über diese exotische, zufällig nach Lille verschlagene Krankheit gemacht. Wir werden wohl demnächst Näheres über diese Untersuchungen erfahren.

Die Modelle des Museums sind zum Teil aus Barettas Laboratorium, zum Teil aber, wie z. B. das der Biskrabeule, in Lille unter Leloirs Aufsicht von einem talentvollen Mediziner, Mr. Havrez, mit viel Geschick und Geschmack verfertigt. Die letzteren stehen etwa auf der Höhe derjenigen von Jumelin, das Durchscheinende und dadurch überraschend Lebendige der Barettaschen Modelle findet man allerdings hier so wenig wie anderswo.

Als nachahmenswerte Einrichtungen der Leloirschen Klinik möchte ich noch erwähnen, dafs alle Krankengeschichten fortlaufend nach den Diagnosen klassifiziert und geordnet werden. Die interessanteren Fälle werden regelmäfsig zoopsiert[1], und während ein Teil sofort zur Untersuchung gelangt, wird ein andrer der pathologischen Sammlung einverleibt, um später zu Vergleichen zu dienen. Genug, alles ist wirklich durch die Umsicht des Leiters der Anstalt so geordnet, dafs aus dem nicht gerade sehr grofsen Material verhältnismäfsig ein sehr bedeutender, wissenschaftlicher Gewinn resultieren mufs.

Um schliefslich — quasi als Kuriosum — noch eine therapeutische Neuigkeit aus Leloirs Klinik zu berichten, teile ich

---

[1] Möchte doch das absolut ungriechische Wort „biopsie" aus den französischen Werken verschwinden. Wir können βιος ebensowenig sehen, betrachten wie θανατος, sondern nur ζωον, das Lebende. Was würden die alten Griechen wohl zu einer Übersetzung der Sektion: Nekropsie mit „Thanatopsie" gesagt haben?

die Methode mit, welche dort für die Behandlung des Herpes zoster, labialis u. s. w. eingeführt ist. Die Effloreszenzen werden mit Kompressen der Eau de Botot, der bekannten, roten, französischen Zahnfleischtinktur, bedeckt. Dieselben trocknen hierunter rasch ein, wie ich mich seit meiner Rückkehr selbst an einem Zoster pectoralis überzeugt habe.

Einen wahren Genuſs bereitete mir vor meiner Abreise Leloir noch durch eine kursorische Betrachtung seines leider unvollendet gebliebenen, mit Vidal gemeinschaftlich begonnenen, histologischen Atlasses der Hautkrankheiten. Dieses groſsartig angelegte Werk ist in Gefahr, durch auſserhalb der Sache liegende, verzögernde Umstände zu veralten. Allerdings werden die nach vorzüglichen Präparaten meisterhaft ausgeführten Abbildungen stets ihren Wert behalten, aber den neuesten Standpunkt der heutzutage hauptsächlich ätiologischen Forschung werden sie nach einigen Jahren doch nicht mehr darzustellen vermögen. Hier thut Eile not, und wir haben entweder bald der Publikation eines bisher einzig in seiner Art dastehenden, für die Dermatologie ungemein wichtigen Bilderwerkes entgegenzusehen, oder dasselbe wird bei noch länger dauernder Verzögerung am Ende überhaupt nie zur Publikation kommen, weil Tag für Tag neue Methoden und Thatsachen auftauchen, welche unsre Kenntnisse erweitern und unsre Ideen modifizieren. Die letztere Eventualität wäre für unsre Wissenschaft unendlich zu bedauern.

Deutsche Universitäten, die mit einem Lehrstuhl für Dermato-Syphiligraphie ausgestattet sind.

Deutschland besitzt 20 Universitäten; in 11 derselben besteht ein offizieller Lehrstuhl für Syphilis und Hautkrankheiten, und zwar in Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Freiburg, Jena, Königsberg, Leipzig, München, Straſsburg, Würzburg. — In Gieſsen, Greifswald, Göttingen, Halle, Heidelberg, Kiel, Marburg, Rostock, Tübingen fehlt dieser Unterricht einstweilen noch. Jedoch ist es nach den mir gewordenen Mitteilungen wahrscheinlich, daſs einige der letztgenannten Universitäten bald einen solchen Lehrstuhl

erhalten werden. Der preußische Unterrichtsminister, Herr VON GOSSLER, ein weitblickender Mann, und dem medizinischen Unterricht sehr gewogen, trug sich schon kurz vor dem SCHWENINGERschen Zwischenfall mit dem entsprechenden Plan und dürfte seine Absicht wohl kaum geändert haben. Vielleicht will er, bevor er weitere Schritte unternimmt, erst warten, bis sich die öffentliche Meinung über jenen Vorfall etwas beruhigt hat. Auf keinen Fall wird die Vervollkommnung der Universitäten nach dieser Seite hin mehr lange auf sich warten lassen. Dafür spricht der wissenschaftliche Eifer der Professoren, unter denen ich in erster Linie meine Freunde DOUTRELEPONT und NEISSER nenne; dafür spricht ferner das Wohlwollen, mit welchem der preußische Kultusminister die zweckentsprechenden Vorschläge der Universitätsprofessoren entgegennimmt, und dafür spricht endlich der echt wissenschaftliche Geist, von dem dieser Minister beseelt ist.

Im folgenden soll die Stellung der Ärzte erörtert werden, wie sie 1887 den Unterricht für Hautkrankheiten und Syphilis an den genannten 11 Universitäten leiteten.

Wir haben da außerordentliche Professoren und Privatdozenten; warum keine ordentlichen Professoren?

Thatsächlich — und ich erblicke darin einen Mangel — besitzt keine deutsche Hochschule einen Lehrer der Dermatologie mit dem Titel „o. Professor", (was unserm „Professeur titulaire" entspräche). Der höchste Titel, den die Lehrer für Hautkrankheiten in Deutschland erlangen können, ist „a. o. Professor", was sich ungefähr mit unserm „Chargé de cours d'une chaire magistrale" deckt.

Warum werden die Lehrer für Syphilis- und Hautkrankheiten in Deutschland so schlecht behandelt? Er wäre zu umständlich und nebenbei zwecklos, die Gründe ausführlich zu nennen. Zum Teil kommt es sicher von dem Wiederstreit her, der in allen Ländern bestanden hat und höchstwahrscheinlich auch noch besteht, zwischen den Professoren der allgemeinen Medizin und denen der Spezialfächer. Glücklicherweise ist die Zeit nicht mehr fern, wo man unter „Spezialist" nicht mehr einen Mann von minderwertigem Wissen, sondern umgekehrt gerade einen solchen mit vertieften Kenntnissen verstehen wird.

Da nun aber die Neurologen, die Professoren für Kinderheilkunde, die Ophthalmologen in Deutschland ordentliche Professuren inne haben, so fragt man sich mit Recht, warum den Lehrern der so wichtigen dermatologischen Disziplin diese Stellung bis jetzt verweigert wird. Jedoch auch ihre Zeit wird in diesem Land des wissenschaftlichen Fortschritts bald kommen!

Das Erlangen des Ordinariats ist für den Fortschritt der dermatologisch-syphilitischen Wissenschaft in Deutschland sehr wichtig. Die Stellung der Lehrenden wird dadurch wesentlich verbessert und die wichtige Spezialität selber in den Augen des Publikums und der Studenten bedeutend gehoben.

Des weitern ist der dermatologische Unterricht in Deutschland nicht obligatorisch; ich betrachte das ebenfalls als einen grofsen Nachteil und werde noch darauf zurückkommen. Da nun fast ausschliefslich die ordentlichen Professoren die Prüfungen abhalten, so geht naturgemäfs das Streben der Universitäten danach, die Lehrer der Hautkrankheiten zu solchen zu machen, damit die Studenten auch in diesem wichtigen Zweig der Medizin geprüft werden.

Die Privatdozenten.

Die Privatdozenten, die ungefähr unsern „Agregés" entsprechen, sind auf mehreren Universitäten den a. o. Professoren zur Ergänzung des dermatologisch-syphilidologischen Unterrichts beigeordnet. An andern Universitäten, wo für dieses Lehrfach noch keine Professur besteht, ist ein Dozent mit dem Unterricht betraut. Wahrscheinlich werden verschiedene dieser Dozenten bald zu a. o. Professoren ernannt werden; denn es wäre unbegreiflich, dafs so bedeutende medizinische Fakultäten wie die von Würzburg, München, Leipzig, noch lange ohne Professur für Syphilis und Hautkrankheiten bleiben sollten.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, wie die a. o. Professoren und Privatdozenten im Jahre 1887 auf die 11 deutschen Universitäten verteilt waren, an denen überhaupt eine Lehrkanzel für unsre Disziplin besteht.[1]

Universitäten	Aufserordentliche Professoren	Dozenten
Berlin	G. Lewin: Syphilis u. ven. Krankheiten E. Schweninger: Dermatologie	G. Behrend Lassar L. Lewinsky
Bonn	J. Doutrelepont	.....
Breslau	Neisser	.....
Erlangen	—	R. Fleischer
Freiburg	W. Hack (†) Noch nicht wieder ersetzt	.....
Jena	P. Fürbringer. Nach Berlin berufen und noch nicht wieder ersetzt	.....
Königsberg	J. Caspary	.....
Leipzig	.....	J. E. Lesser
München	.....	E. Posselt für die Klinik Kopp für die Poliklinik
Strafsburg	A. Wolff	.....
Würzburg	Matterstock für die Poliklinik	Seiffert f. Klinik und Kurse

[1] Vergl. hierzu, was auf der folgenden Seite über den Zustand des dermatologischen Unterrichts in Deutschland gesagt ist.

Hervorragende deutsche Dermatologen, die keiner Universität angehören.

Dies ist der Bestand des deutschen Reiches an offiziellen Lehrkräften für den dermatologisch-syphilitischen Unterricht. Ich habe aber diesem schon ziemlich langen Verzeichnis noch eine Reihe Namen von Männern hinzuzufügen, die, obschon keiner Hochschule angehörig, doch mit Wort und That für die Entwickelung unsrer Disziplin im Reiche wirksam sind.

Ich erwähne von ihnen in erster Linie meinen berühmten Freund Paul G. Unna in Hamburg, Begründer der deutschen Zeitschrift für Hautkrankheiten, der *Monatshefte für praktische Dermatologie*. Ferner Koebner in Berlin; Michelson in Königsberg; Max Joseph, Rosenthal in Berlin und noch mehrere andre hochverdiente Gelehrte, die es mir hoffentlich verzeihen werden, wenn ich sie hier nicht namentlich aufführe.

Die dermatologische Sektion der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Dank dem Eifer aller dieser Dermatologen und dem ihnen vom Staat bewiesenen Entgegenkommen hat sich in Deutschland eine dermatologische Sektion gebildet, als Zweigabteilung der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, die alljährlich in einer gröfsern Stadt des Reiches auf ungefähr 8 Tage zusammen kommen. Ich habe 1886 in Berlin und 1887 in Wiesbaden den grofsen Einfluſs bewundert, den diese jährlichen Zusammenkünfte auf den Fortschritt der dermatologischen Wissenschaft in Deutschland ausüben.

Nicht ohne Neid, nicht ohne patriotisches Bedauern habe ich mir die Frage vorgelegt: Woher kommt es, dafs in Frankreich, dem Vaterland eines Alibert, Rayer, Bazin, Bassereau, Cazenave, Devergie, Biett — um nur die Toten zu nennen — im Jahre 1887 noch keine derartige Gesellschaft besteht? Auch wir könnten derartige wissenschaftliche Mittelpunkte schaffen, wo zeitweise nicht nur die französischen Dermatologen, sondern auch unsre auswärtigen Kollegen die dermatologisch-syphiligraphischen Tagesfragen besprechen und ihre Gedanken austauschen könnten. Leider herrscht unter unsern Kollegen eine solche Gleichgültigkeit in diesen Dingen, dafs alle Bemühungen von berufenster Seite bis jetzt vergeblich waren; so haben wir es denn höchstens zu kleinen Versammlungen gebracht, und wo wir uns etwa zahlreicher einfinden, zeigt die Vereinigung einen so encyklopädischen Charakter, dafs unser Sonderstudium nicht zum Wort kommen kann. Infolge davon mangelt es in unsrer Wissenschaft leider am rechten Streben — ein beklagenswerter Mangel, der nicht genug gerügt werden kann.

Die Lehrstühle sind vereinigt, aufser in Berlin.

Auf allen deutschen Universitäten, aufser in Berlin, wird der Unter-

richt für Hautkrankheiten und Syphilis von nur einem Professor abgehalten; die Lehrstühle sind vereinigt; es sind, wie bei uns, dermato-syphiligraphische Disziplinen. In Berlin wurde die Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis, die Lewin bis dahin allein innegehabt hatte, geteilt, als es sich darum handelte, den Lehrstuhl für Dermatologie auf Schweninger zu übertragen.

Diese Trennung scheint für gröfsere Universitäten eine treffliche Einrichtung zu sein. In Wien besteht sie schon seit langem. Daselbst, wo sie nur im Interesse der Wissenschaft durchgeführt wurde, bewährt sie sich, sowohl was den Unterricht, wie auch, was die Teilung der Arbeit anbelangt, auf das beste. Für eine Universität wie Paris, mit ihren zahlreichen Hilfsquellen, wäre solche Trennung auch sehr erwünscht und nach jeder Richtung nützlich. Irre ich nicht, so war davon auch vor einigen Jahren die Rede.

Über die Aussichten eines Arztes, der sich als Privatdozent für Syphilis und Hautkrankheiten an einer deutschen oder österreichisch-ungarischen Universität niederläfst.

Eine der Bedingungen, die dem dermato-syphiligraphischen Unterricht in Deutschland (und auch in Österreich, wie wir später sehen werden) sehr günstig sind, ist die Stellung, die fast sicher jeder Dermatologe von Talent — ich sage nicht von Genie[2] — früher oder später erlangt. Setzen wir den Fall, dafs ein junger deutscher Arzt nach Beendigung seiner Studien auf einer oder mehreren Universitäten (gewöhnlich auf mehreren, was in jeder Beziehung den Vorzug verdient) und nachdem er sich im Ausland (meistens Wien) noch bei berühmten Professoren vervollkommnet hat, sich der akademischen Laufbahn widmen will, und dafs er als Spezialität die Dermatologie erwählt — wie wird's ihm ergehen?

Hat er sich durch seinen Fleifs, sein Streben und seine Begabung die Neigung des betreffenden Professors erworben, so wird dieser ihn zum Assistenten auf seiner dermatologischen Klinik machen. Selbstverständlich haben die berühmtesten Professoren, gleichviel an welcher Universität sie lehren, den meisten Zulauf. Es gilt in Deutschland nicht nur als Glück in bezug auf die wissenschaftliche Ausrüstung, der Schüler eines solches Professors zu sein, nein, es gilt auch als Ehre, die der Betreffende wohl zu

---

[2] Das was ich hier über unsre Disziplin sage, pafst auf alle Zweige des medizinischen Unterrichts. — Bei uns in Frankreich verhält es sich mit der Dermatologie, wie mit der Neurologie, der Ophthalmologie, der pathologischen Anatomie u. s. w. So lange man sich bei uns nicht zu einem ganz andren Verfahren betreffs Auswahl der Lehrkräfte entschliefst, so lange wird der Fortschritt in der ärztlichen Wissenschaft trotz unsrer hervorragenden Gelehrten und trotz unsrer mächtigen Hilfsquellen nur ein kümmerlicher bleiben. — Ich werde auf diesen Punkt noch zurückkommen.

würdigen weifs, indem er sich Assistent oder ehemaliger Assistent des Professors Soundso an der Universität Soundso nennt.

Die Stellung eines Assistenten hält so ziemlich die Mitte zwischen unserm „Interne“ und „Chef de Clinique.“ Der Assistent wird von dem Professor ernannt, gewöhnlich auf 2 Jahre. Jedoch kann die Wiederernennung auf Vorschlag des Professors immer wieder erfolgen. Im ganzen allerdings bleibt der junge Arzt selten länger als 4 Jahre bei dem nämlichen Professor, wiewohl auch schon Fälle vorgekommen sind, dafs er 6 und 8 Jahre blieb.

An manchen Fakultäten gibt es 2 Assistenten, einen ersten und einen zweiten, so z. B. in Bonn bei Doutrelepont. Es ist das eine vortreffliche Einrichtung, denn in einer Klinik, in der gearbeitet wird, hat der Professor zur Vorbereitung des Unterrichts durchaus genügendes Personal nötig.[3]

Der Gehalt eines Assistenten beträgt 1200 ℳ.

Was wird nun aus unserm Assistenten nach einer 2—4—6jährigen Assistentenlaufbahn?

Er braucht nur gewisse Vorschriften zu erfüllen (eine Arbeit einzureichen), um Dozent zu werden. Von dem Augenblick an gehört er zur Universität. Will er sich in seiner Spezialität noch weiter vervollkommnen, so kann er noch länger Assistent bleiben, falls das dem betreffenden Professor genehm ist; das kommt aber nur sehr selten vor.[4] Gewöhnlich verlangt und erhält der junge Dozent nach einiger Zeit von der Universität die Ermächtigung, seinerseits einen Kursus für Hautkrankheiten abzuhalten. So wird er zuerst selbständig, und aus dem ehemaligen Schüler entwickelt sich allmählich der Lehrer.

Von diesem Augenblick an liegt seine Zukunft fast ganz in seinen Händen. Gibt er sich Mühe, zeichnet er sich durch seine Arbeiten und seinen Unterricht aus, wird er — mit einem Wort — ein tüchtiger Dermato-Syphiligraph, so wird er fast sicher nach kürzerer oder längerer Zeit (das hängt von den Umständen ab) als Dozent oder a. o. Prof. der Dermatologie an eine mit diesem Lehrstuhl versehene Universität berufen. Die Art und Weise, wie er dieses Ziel erreicht, ist je nach den Umständen verschieden; will er z. B. der Nachfolger des Professors werden, bei dem

---

[3] Einzelne Kliniken haben sogar 3, 4 und mehr Assistenten; so hat die chirurgische Klinik in Bonn deren 4, die gynäkologische 3. Wir können daraus ersehen, wie angelegentlich man in Deutschland für einen gediegenen Unterricht sorgt.

[4] Jedoch halten auf mehreren Universitäten die Assistenten für eigne Rechnung Kurse ab, die gut besucht sind; so namentlich in Wien. Die Chefs de Clinique der Pariser Fakultät am Krankenhaus Saint-Louis machen es ebenso und ich erinnere mich noch, dafs, als ich die Ehre hatte, am genannten Krankenhaus Chef de Clinique von Prof. Fournier zu sein, eine Menge französischer und auswärtiger Studenten mich auf meinen Abendbesuchen begleiteten.

er Assistent war, so mufs er bis zu dessen Tode warten, oder bis sich derselbe zurückzieht.[5]

Häufig aber, wenn er sich einen Namen erworben hat, erfolgt seine Berufung nach einer andren deutschen Universität. Häufig wird er nur als Dozent berufen, wenn die Universität, die ihn wünscht, keinen Dozenten für Dermatologie besitzt (vergl. die Tabelle auf S. 979). Mit der Zeit aber wenn er fleifsig weiter arbeitet, wird er einen Ruf als a. o. Prof. nach einer andren Universität erhalten. Vielleicht ist sein Ehrgeiz selbst nach Erreichung dieses Ziels noch nicht befriedigt; geht sein Streben nach einer gröfseren, bedeutenderen Universität, als die ist, an der er lehrt, so braucht er nur fleifsig weiter zu arbeiten und zu warten, bis daselbst durch Tod oder Rücktritt ein Lehrstuhl für ihn frei wird. Da nun aber jeder weifs, dafs die berufende Universität zwischen den verschiedenen Kandidaten ihre Auswahl trifft, eine Auswahl, die sich teils nach den Interessen der Universität[6], teils nach dem Verdienst des Kandidaten richtet, so hat jeder Professor ein Interesse daran, weiter zu arbeiten, sich auszuzeichnen, nicht auf den errungenen Lorbeeren auszuruhen, auch nicht seine ganze Zeit nur den Patienten zu widmen.

Da sein Wert für die Universitäten nur von seiner wissenschaftlichen Bedeutung abhängt, so liegt es in seiner Hand, diesen Wert immer mehr zu steigern.

Die deutschen Professoren im Ausland.

Ist aber ein Dozent zu ungeduldig zu warten, oder sind ihm die Umstände nicht günstig, so bleibt ihm immer noch eine Aussicht, nämlich der Ruf an eine aufserdeutsche Universität, die gewissermafsen einen Teil dessen bilden, was man den wissenschaftlichen deutschen „Zollverein" nennen könnte. Es gibt thatsächlich aufserhalb Deutschlands eine grofse Zahl hervorragender Gelehrten, die sozusagen die wissenschaftliche Ausfuhr Deutschlands darstellen. Verlassen wir einen Augenblick den engen Rahmen der Dermatologie, so finden wir zu Lüttich, in Belgien, Winiwarter, früher auch Fuchs; in der Schweiz Prof. Schiff; in Österreich-Ungarn eine ganze

---

[5] In Deutschland gibt es bekanntlich für die Professoren keine Altersgrenze, bei welcher sie den Unterricht niederlegen müssen. Es ist das ein Mangel in der Organisation des medizinischen Unterrichts in Deutschland.

[6] Der ärztliche Unterricht in Deutschland und Österreich-Ungarn ist so geartet, dafs jeder Professor ein Interesse daran hat, an seiner Universität hervorragende Kollegen zu besitzen. Es gibt Fakultäten, wo nur 3, nur 2, ja nur 1 Professor die Studenten zu fesseln weifs. Die Kollegen sind in solchem Fall keineswegs neidisch (?), freuen sich vielmehr damit und suchen ihren glücklichern Kollegen zu behalten. Denn solche hervorragende Kräfte ziehen Studenten herbei und jeder hat Vorteil davon. Der Gehalt, den solche bedeutende Männer von der Universität, bisweilen auch vom Staat oder der Universitätsstadt beziehen, kann ganz beträchtlich sein.

Reihe deutscher Professoren, unter andern Billroth, Nothnagel, Heinr. in Italien Moleschott, Schiff u. s. w. Leicht liefse sich diese Reihe noch vermehren.

Diese Auswanderung deutscher Professoren hat sich sogar nicht auf Europa beschränkt. Deutsche und österreichisch-ungarische Professoren gibt es in Nord-Amerika in den Vereinigten Staaten, in Süd-Amerika, und der Professor der Dermatologie und Syphilidologie an der Universität Tokio in Japan, Disse, ist ein Deutscher.

Man kann danach die ungeheure Bedeutung ermessen, die diese Verhältnisse nicht nur für die Förderung der deutschen Wissenschaft, sondern auch für die politische Machtstellung Deutschlands in Europa und in der ganzen Welt haben.

Mit Schmerz mufs jeder gute Franzose diese nur allzuwahre Thatsache anerkennen. Es gibt nicht viele französische Professoren an auswärtigen Universitäten. Geben wir obacht auf diese Verhältnisse, die eine Folge unsrer Stubenhockerei sind! Rütteln wir uns endlich auf, und da hier bald keine Stellen mehr frei sind und unsre Universitäten mit Lehrkräften reichlich versehen sind, so lafst auch uns das nachahmen, was — etwas spät freilich — unsre Kaufleute jetzt unternehmen, lafst uns im Auslande wissenschaftliche Zweigniederlassungen gründen! Auf diese Weise würden wir den Einfluſs der französischen Wissenschaft, den Einfluſs unsers Vaterlandes erweitern. Da sich der Strom der fremden Studenten, wie nicht zu leugnen, in den letzten Jahren allmählich von Frankreich nach Deutschland und Österreich-Ungarn gewandt hat, so wollen wir jetzt die Fremden mit unsrer Wissenschaft aufsuchen! Vor allem aber wollen wir unsre medizinischen Fakultäten, wollen wir den Unterricht für Syphilis und Hautkrankheiten verbessern, auf dafs bald wieder unsre Wissenschaft ihren hohen Standpunkt einnehme, den sie nimmer hätte verlassen sollen!

Wir wollen jetzt aber weiter untersuchen, in welcher Weise sich der Bestand an Lehrkräften für Dermatologie in Deutschland und Österreich fortwährend ergänzt, dabei können wir am besten erfahren, wie wir den Unterricht bei uns zu organisieren haben.

Dafs ein deutscher Dermatologe sein Geschick gewissermafsen in seinen Händen hat, haben wir soeben gesehen; er braucht nur zu arbeiten, sich auszuzeichnen, zu schaffen, so wird er sicher sein Ziel erreichen, er wird einen Ruf erhalten. Nur darf er nichts Andres sein, als ausschliefslich Dermatologe.[7]

---

[7] Aus dem Gesagten ersieht man, dafs, obwohl in Deutschland die Stellen nicht ausgeschrieben werden, die Berufung doch fast immer nur an den Würdigsten ergeht. Wer fleifsig weiter arbeitet, kommt notwendig zum Ziel, wenn er sich durch seine Arbeiten und seine Lehrmethode auszeichnet

Die Universitäten thun aufserdem alles, was sie können, um den Privatdozenten, die nicht für den eigentlichen Unterricht bestimmt sind, Gelegenheit zu geben, sich auszuzeichnen. So ist in München der Privatdozent Dr. Posselt mit dem dermatologisch-syphilidologischen Unterricht betraut und leitet zugleich die betreffende Krankenhaus-Abteilung, während Dr. C. Kopp, Schüler von Prof. Neisser in Breslau, der ebenfalls zum Lehrkörper der Münchener Universität gehört, von dieser zur Erteilung des poliklinisch-dermatologischen Unterrichts offiziös bestellt ist, in der Erwartung, dafs der Staat seine offizielle Ernennung bald vollziehen werde. Wiederholen wir also noch einmal: in Deutschland sowohl wie in Österreich erreicht jeder Arzt, der sich nach allgemein medizinischer Ausbildung der Dermatologie und Syphilis widmet, wenn er sich nur auszeichnet, nach kürzerer oder längerer Zeit fast sicher eine wichtige Stellung in dem Lehrkörper dieser Spezialität. Er hat die gröfsten Aussichten Professor zu werden, und zwar nur durch persönliches Verdienst. Die Stellungen, die ihm im Deutschen Reiche offen stehen, sind (nach der Tabelle auf S. 979) verhältnismäfsig zahlreich. In Österreich-Ungarn sind sie noch viel zahlreicher, wie sich bald zeigen wird.

Im ganzen hat er in Deutschland Hoffnung auf eine der 8 Stellen als a. o. Professor, oder auf eine der 8 Dozentenstellen, die mit dem dermatologischen Unterricht betraut sind. In Österreich-Ungarn gibt es an 10 Fakultäten eine Professur, während 9 einen Dozenten besitzen.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

61. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Köln a. Rhein vom 17. bis 23. September 1888.

Sektion für Dermatologie und Syphilidologie.

Referent P. Taenzer.

Die Sektion für Dermatologie und Syphilidologie wurde nach der ersten allgemeinen Sitzung von Dr. Wolfs (Köln) mit einer kurzen Ansprache eröffnet und die erste wissenschaftliche Sitzung auf denselben Nachmittag anberaumt.

I. Sitzung: Dienstag, den 18. September. Nachm. 3—5 Uhr.

Präsident: Wolfs (Köln).

---

und damit den Beweis liefert, „dafs er die geeignetste Persönlichkeit für die betreffende Professur ist.“ Dafs auch die Universitäten gerade bei diesem Verfahren ihren Vorteil finden, ist bereits oben gesagt. — Nur ausnahmsweise werden verdienstlose Männer berufen.

Präsenzliste:

Bardach-Kreuznach.
Beissel-Aachen.
Bender-Bonn.
Bockhart-Wiesbaden.
Bossmann-Isselburg.
Campana-Genua.
Delhougne-Köln.
Diesing-Königslutter.
Doutrelepont-Bonn.
Dreckmann-Vienenburg.
Dubois-Havenith-Brüssel.
Eichhoff-Elberfeld.
Epstein-Nürnberg.
Firnhaber-Bühl.
Fabry-Bonn.
Gruendler-Hamburg.
Hahn-Köln.
Haslund-Kopenhagen.
Hammer-Stuttgart.
Kyll-Düsseldorf.
Lassar-Berlin.
Lauffs-Aachen.
Leloir-Lille.
Letzel-München.
Lieb-Kreuznach.
Lipp-Graz.
Macks-Erfurt.
Manassei-Rom.
Mohr-Köln.
Malcolm Morris-London.
Moellenberg-Berlin.
Pick-Prag.
Petersen-Petersburg.
Rohrer-Zürich.
Riehl-Wien.
Saalfeld-Berlin.
Schuster-Aachen.
Taenzer-Hamburg.
Ueckermann-Graz.
Unna-Hamburg.
Veiel-Cannstatt.
Vernhutten-Gent.
Werth-Burg.
Wolff-Strafsburg.
Wolfs-Köln.

Beissel (Aachen): **Über Lungensyphilis.** (Erscheint unter den Originalen dieser Zeitschrift).

In der sich hier anschliefsenden Diskussion macht Schuster (Aachen) auf die nicht seltene Komplikation von Syphilis mit Tuberkulose aufmerksam. Sobald zahlreiche Bacillen im Sputum vorkommen, sind hohe Abendtemperaturen vorhanden, und die Behandlung der begleitenden Syphilis ist unthunlich, die Prognose ungünstig. Sind wenig Tuberkelbacillen nachweisbar, so ist die Prognose günstiger und die Merkurialkur indiziert. Hämoptoë mufs wie jede Hämoptoë mit Ruhe, Morphium und Eis behandelt werden. Es gibt Fälle von Syphilis, in denen die Hg-Kur ohne Erfolg bleibt und im Gegenteile unter fortdauernder Hämoptoë der Exitus eintritt, der vielleicht in diesen Fällen durch das Quecksilber beschleunigt wird.

Petersen (Petersburg) betont das seltene Vorkommen der Lungensyphilis bei Sektionen, ein Assistent seiner Klinik habe neuerdings 4 Fälle publiziert; hier wurde die syphilitische Natur des Leidens histologisch nachgewiesen.

Lassar (Berlin) tritt dem Vorredner in der Behauptung bei, dafs die Lungensyphilis sehr selten sei.

Beissel. Die Diagnose der Lungensyphilis gehöre freilich zu den schwierigsten, doch wird eine bestehende Infiltration auf syphilitischen Ursprung zurückgeführt werden können, wenn das eigentümliche Verhalten bestehender Bronchitis die Diagnose erleichtert. Zu diesem gehört das frühzeitige und das gleichzeitige charakteristische Auftreten asthmatischer Dyspnoë, die in vielen Fällen auf die Veränderung der Bronchien zurückgeführt werden könnte.

Eichhoff (Elberfeld): **Zur Kontagiosität der Alopecia areata.** (Erscheint als Original in der nächsten Nummer dieser Zeitschrift.)

In der Diskussion teilte Letzel (München) einen Fall mit, in dem die Ehefrau von ihrem Manne mit Alopecia areata infiziert wurde dadurch, dafs sie den Kamm ihres Mannes benutzte.

Saalfeld (Berlin) hat gleichfalls 2 Fälle von Alopecia areata in derselben Familie gesehen. Herpes tonsurans war ausgeschlossen.

Pick (Prag) ist sehr erfreut, durch den Vortrag von Eichhoff Gelegenheit zu haben, in dieser Versammlung auf den Gegenstand, der sich schon lange wie eine Seeschlange durch die Diskussionen dermatologischer Vereine hindurchzieht, zurückzukommen. Er glaubt, dafs ein hauptsächliches Hindernis zur Klärung der Frage darin besteht, dafs man bei Stellung der Differentialdiagnose immer nur den Herpes tonsurans im Auge habe, und in allen Fällen, wo eine kontagiöse Alopecie anzunehmen Veranlassung ist, sich bescheide, wenn man den Herpes tonsurans ausschliefsen könne, woraus dann die Diagnose Alopecia areata eo ipso resultiere.

Dem ist aber nicht so. Es gibt aufser der Alopecia areata, die niemals parasitären Ursprungs ist, und dem Herpes tonsurans, wahrscheinlich noch mehrere, sicher, wie Prof. Pick aus seinen Untersuchungen entnimmt, noch eine Erkrankung der behaarten Kopfhaut, die weder mit der Alopecia areata noch mit dem Herpes tonsurans identisch ist, auf parasitärer Basis beruht und mit den genannten Krankheiten derartige Ähnlichkeiten darbietet, dafs sie zur differentiellen Diagnose herangezogen werden müsse. Pick will auf die Symptomatologie dieser Krankheit erst eingehen, wenn seine Untersuchungen bis zu einem gewissen Grade abgeschlossen sein werden und möchte heute nur unter Hinweis auf das Gesagte sich dahin aussprechen, dafs man die Bezeichnung Alopecia areata noch nicht mit dem Adjektiv „parasitaria“ zur Benennung einer kontagiösen Krankheit überhaupt anwende, weil dadurch immer wieder Mifsverständnisse hervorgerufen werden möchten.

Unna (Hamburg) betont, dafs ihm fälschlich nach dem Londoner Kongresse von 1881 nachgesagt werde, dafs er lediglich Anhänger der neuropathischen Ätiologie der Area Celsi sei. Er hat im Gegenteil stets hervorgehoben, dafs wir eine parasitäre Erkrankung von einer neuropathischen nicht unterscheiden können, die bisher beide als Area Celsi gelten. Gewisse Symptome, so das Vorkommen der pilzfreien abgebrochenen

Stümpfe im Umkreise, die rapide Vermehrung der Flecke, sind für ihn nur Symptome der parasitären Areakrankheit. Er ist mit Eichhoff durchaus einverstanden, dafs man nach dem Vorgange von Leloir und Besnier zunächst eine parasitäre und eine neuropathische Area unterscheide, damit man in Zukunft in jedem einzelnen Falle zu unterscheiden gedrängt werde, ob mit dem Nachweise der Kontagiosität einerseits oder der neuropathischen Entstehung anderseits zugleich bestimmte klinische Symptome beständig verknüpft seien. Auf diesem Wege würden allmählich beide differente und nur ähnlichen Krankheiten gesondert werden können.

Lassar weist auf die universell werdenden Fälle von Area hin als für einen parasitären Ursprung sprechend, da eine zentrale trophische Störung von dieser Ausbreitung undenkbar sei. Besonders müsse er aber immer wieder auf die durchaus konstanten Erfolge seiner antiparasitären Therapie gegen alle Einzelfälle von Alopecia areata aufmerksam machen, welche nur mit der parasitären Ätiologie vereinbar seien.

Nachdem Prof. Pick zum Vorsitzenden der nächsten Sitzung gewählt worden ist, schliefst Dr. Wolfs die erste Versammlung.

II. Sitzung: Mittwoch, den 19. September 1888, vormittags von 9—1 Uhr.

Präsidium: Prof. Pick.

Die Reihe der Vorträge eröffnet Professor Campana (Genua) über **Herpes tonsurans.**

Der Vortragende erzählt unter Demonstration mikroskopischer Präparate des exzidierten Tumors und verschiedener Abbildungen die Krankengeschichte einer Frau, bei der im Anschlufs an einen Herpes tonsurans sich auf der Vorderfläche des einen Unterschenkels ein Tumor von Hühnereigröfse bildete, den der Vortragende, da er auf keine Behandlung reagierte, exzidierte und mikroskopisch untersuchte. Dabei zeigte sich nach Färbung der Schnitte nach den bekannten Methoden, dafs der Tumor zahlreiche Gonidien und Mycelien beherbergte, die Mycelien mehr an der Oberfläche, die Sporen in gröfserer Tiefe des Tumors. C. hält diese Pilze für die Hyphen und Sporen von Herpes tonsurans.

Diskussion:

Unna hält es nach den Präparaten und Zeichnungen des Autors nicht für wahrscheinlich, dafs der Tumor der Cutis durch das Trichophyton tonsurans erzeugt sei. Erstens fehlen in den erweiterten Lymphräumen der Cutis die charakteristischen Hyphen; sodann gleichen die Haufen von kugeligen Organismen weit mehr Kokken durch ihre Massenhaftigkeit, als den relativ spärlichen Sporen des Trichophyton tonsurans; drittens haben diese Pilzmassen eine eigentümliche gelbe Farbe, welche den Sporen des Trichophyton nicht zukommt, und viertens ist ihre Einbettung in eine Zoogloeamasse ebenfalls nur den Kokkenarten eigentümlich. Hiernach ist es wahrscheinlich, dafs der Tumor einer sekundären Invasion von Kokken

seinen Ursprung verdankt, wie dies für die Cutisgeschwülste der Sykosis hyphogenes und des Kerion der Kopfhaut schon sonst von Unna angenommen wurde. Dann wäre der ganze Tumor als das Resultat einer Mischinfektion zu betrachten.

Pick hält es für besser, von einer weiteren Diskussion abzusehen, da der Vortragende des Deutschen nicht genügend mächtig ist.

Hierauf spricht

Lassar über **Lupusbehandlung.**

Der Vortragende glaubt, dafs man einen Lupus zwar bessern, aber nicht definitiv heilen könne; auch den ulcerierten Lupus hält er für eine Mischinfektion. Nach Abheilung des einen der Faktoren bleibt immer noch der eigentliche Lupus zurück.

Die Behandlung ist eine zweifache, erstens eine chemische, zweitens eine mechanische.

1. Die chemische Behandlung. Die günstigen Erfolge sind bedingt durch den Sitz des Leidens und durch die Ausdehnung.

Als besonders günstig empfiehlt L. das Chrysarobin, dessen Wirkung durch Salzbäder noch unterstützt wird. Für Lupus des Gesichts können die Salzbäder natürlich nur indirekt in Frage kommen. Die Heilung erfolgt langsam, das Granulationsgewebe wird resorbiert, und es tritt nur ganz geringe Narbenbildung ein. Bei Gesichtslupus tritt immer noch eine operative Behandlung hinzu.

Vom Resorcin hat L. nur halbe Heilung gesehen, es zerstört zwar das Granulationsgewebe, doch kann man von einem gröfseren Erfolge nicht sprechen.

Auch das Pyrogallol hat L. in Anwendung gezogen, doch kann er hier ebensowenig von einem Erfolge berichten; zuletzt müfste immer noch operativ eingeschritten werden.

2. Mechanische Behandlung. Eine operative Behandlung eines Lupus im Gesicht nimmt im Minimum eine Stunde in Anspruch, wenn man einen nur halbwegs sicheren Erfolg haben will. Der Kranke wird chloroformiert, die lupösen Stellen mit einem nicht zu scharfen Löffel ausgekratzt so tief, bis man das gesunde vom kranken Gewebe unterscheiden kann, die Blutung durch Auflegen von Tupfern gestillt, dann die Wundfläche mit dem Paquelin gestrichen, dann wieder, ev. mit einer Bürste, ausgekratzt, die Blutung wieder gestillt, wieder gebrannt und die Prozedur so oft wiederholt, bis man glaubt, alles erkrankte Gewebe zerstört zu haben. Zeigen sich kleine Recidive, so müssen dieselben wieder auf die gleiche Weise, und zwar sobald sie sich zeigen, behandelt werden. Dieselben machen sich sehr bald geltend. Die sich zeigenden Granulationen werden mit dem Stift bestrichen.

Er demonstriert die Photographien vieler Fälle, unter andern von einem, der jetzt nach 3 Monaten noch kein Recidiv hat.

Zum Schlufs spricht L. noch über die Behandlung des Lupus

erythematosus, die bisher ohne Einfluſs auf den Krankheitsprozeſs ist, denn er hat keine günstigen Erfolge zu verzeichnen.

Heilt ein L. er. von selbst, so tritt keine Narbenbildung ein. Unser Bestreben muſs daher darauf gerichtet sein, eine der Naturheilung ähnliche Methode auszudenken. Als die dieser Spontanheilung am nächsten kommende Behandlung hat sich L. die folgende erwiesen.

Er bestreicht die affizierten Stellen rasch und leicht ein paar mal mit dem Paquelin und zwar so rasch, daſs die Patienten meinen, die Sitzung fange erst an, wenn sie bereits beendet ist.

Diese Sitzungen müssen öfters wiederholt werden.

Veiel glaubt nicht, daſs die Heilung eine definitive ist, weil die Affektion einen viel zu tiefen Sitz hat, um durch eine oberflächliche Behandlung gänzlich zerstört zu werden. So hat z. B. Veiel jetzt dieselbe Patientin in Behandlung, die von Lassar seiner Zeit in der Versammlung als Demonstrationsobjekt diente. Die Heilung ist immer nur eine sehr begrenzte.

Unna hat in neuerer Zeit den Lupus erythematosus in der Narkose ebenfalls mit dem Paquelin, aber etwas stärker als Lassar behandelt und dann $HgCl_2$-Hg-Karbol-Pflastermull appliziert. Nach Abheilung der Wundfläche bleibt eine gewisse Röte zurück, die man am besten mit Ichthyol zum Verschwinden bringt.

Beim Lupus vulgaris empfiehlt Unna die Applikation von Salicylkreosot-Pflastermull, weil darunter die lupösen Herde besser sichtbar werden. Sobald dies der Fall, wird mit dem Paquelin oder dem scharfen Löffel das kranke Gewebe zerstört oder entfernt, oder die einzelnen Herde mit dem zugespitzten Sublimatpastenstift ausgebohrt und die Wundfläche mit folgender Salbe ausgefüllt (Brooke):

Acid. salicyl.	20
Kreosoti	40
Ungt. spl.	40

unter welcher die Wundfläche ausheilen muſs.

Bardach hat ebenfalls von der Paquelinbehandlung gute Erfolge gesehen und empfiehlt sie noch deshalb, weil man sie bei der ambulatorischen Praxis anwenden kann. 2 Tage nach der Kauterisation wird Jodoformbehandlung eingeleitet.

Beissel fragt Lassar, ob er nicht die lokale Blutleere angewendet, und zwar aus dem Grunde, weil dadurch die lupösen Herde besser sichtbar werden.

Lassar sieht in der künstlichen Blutleere nur den Vorteil der Vermeidung von Blutverlust. Er erwähnt noch die Elektrolyse bei kleineren Herden; wenn man Elektroden statt Nadeln anwendet, vermeidet man die Narbenbildung.

Hierauf spricht

Petersen (Petersburg) über **Lepra in Rufsland.**. (Erscheint im Original in der nächsten Nummer dieser Zeitschrift.)

Eine Diskussion findet hierüber nicht statt.

1/2stündige Pause.

Unna: **Über Ekzema seborrhoicum und Syphilis.** (Erscheint im Original in der nächsten Nummer dieser Zeitschrift.)

Eine Diskussion findet über diesen Vortrag nicht statt.

Hierauf spricht

Gruendler (Hamburg) **Über Pasten.** (Erscheint in extenso in einer der nächsten Nummern der *Monatshefte.*)

Eine Diskussion hierüber findet nicht statt.

III. Sektionssitzung: Freitag, den 21. September 1888, vormittags von 10—1 Uhr.

Präsidium: Prof. Doutrelepont.

Die Reihe der Vorträge eröffnete

Dr. Rohrer (Zürich) mit: **Bakteriologische Untersuchungen über Dermatosen des Ohres und Herpes praeputialis.**

Der Vortragende untersuchte 10 Fälle von Ekzem und Intertrigo der Ohren und fand in den erhaltenen Kulturen zwei verschiedene Arten von Mikroorganismen. 1. Bacillen von 0,07 μ Länge und 0,04 μ Breite. Der Rasen war von grauweifser Farbe, die Oberfläche desselben chagrinartig gefurcht, von afshaftem Geruch; und 2. von Kokken, die sich in allen Fällen wiederfanden, während die Bacillen in einigen Fällen fehlten. Die Kulturen hatten eine grünliche Farbe mit gelbweifsen Schattierungen und einem aromatischen Geruch. Die Kokken waren meist Diplokokken, und hält sie der Vortragende identisch mit den Pneumoniekokken.

Die Übertragungsversuche wurden derartig angestellt, dafs nach vorhergegangener Desinfektion des zu impfenden Kaninchenohres die betreffenden Kulturen in dasselbe eingerieben wurden. Nach 2 Tagen entstanden kleine Bläschen an den infizierten Partien; durch Konfluieren derselben bildete sich ein nässendes Ekzem aus, und, indem das Sekret eintrocknete, entstanden Borken, Krusten und zuletzt Abschuppung. Die geimpften Tiere kratzten häufig die affizierten Ohren, es mufste also Jucken vorhanden sein. Aus dem so hervorgerufenen Ekzem wurden dieselben Diplokokken wieder gezüchtet, die man eingeimpft hatte. Die ganze Affektion dauerte 9 Tage, dann war sie von selbst wieder abgeheilt.

Die bakteriologische Untersuchung des Herpes praeputialis fand in der Art statt, dafs R. Serum aus den Herpesbläschen auf Nährböden übertrug. Auf allen so infizierten Eprouvetten kamen immer dieselben Diplokokken an, aufserdem noch Bacillen.

Die Übertragungsversuche dieser Mikroorganismen ergaben nur geringes Ödem des Penis der Versuchstiere, die aufserdem keine Lust zum Fressen zeigten. Charakteristische Herpesbläschen riefen dieselben nicht hervor. Nach 3 Tagen war alles wieder normal.

Über diesen Vortrag fand eine Diskussion nicht statt.

Schuster (Aachen). **Über Merkurvergiftung bei der Behandlung der Syphilis.** (Erscheint im Original in der nächsten Nummer dieser Zeitschrift.)

Diskussion:

Beissel referiert über die Fälle von Braus und Virchow und macht namentlich auf die Darmblutungen bei Merkurvergiftungen aufmerksam.

Unna hat schon früher hervorgehoben, dafs nach seiner Ansicht die Hg-Geschwüre im Darm die Eingangspforte für septische Infektionen bilden; wo unter Hg-Behandlung Fieber, Schüttelfröste, Prostration eintreten, hat man stets an komplizierende Sepsis vom Verdauungskanal (Mund, Dickdarm) aus zu denken.

Schuster macht zum Schlufs noch auf den Fall von Kaufmann aufmerksam, in dem eine einmalige Gabe von 0,002 Atropin rettend wirkte.

Es folgt hierauf der Vortrag von

Dreckmann (Vienenburg): **Über Heilung der Lepra.** (Erscheint in extenso in dieser Zeitschrift.)

Bardach eröffnet die Diskussion mit der Frage, ob Dreckmann ein Desodorans für das Ichthyol angewendet habe.

Dreckmann verneint die Frage mit dem Bemerken, dafs man eines solchen nicht bedürfe, da die Patienten sich sehr bald an den Geruch des Ichthyols gewöhnen, zumal da sie die günstige Wirkung desselben sehr bald spüren.

Petersen glaubt nicht, dafs man von einer Heilung der Lepra sprechen dürfe; zugleich drückt er seine Verwunderung darüber aus, dafs Dreckmann innerhalb eines Tages unter Pflastermullbehandlung die Lepraknoten habe verschwinden sehen. Er behandle dieselben nach der Methode von Lutz mit Salicylsäure und zwar mit gutem Erfolge. Zuletzt fragt P. noch nach der Behandlung der Larynxknoten.

Dreckmann: Die Larynxaffektion sei nicht lokal behandelt worden, sondern sei unter der allgemeinen Behandlung geschwunden.

Unna: Das Ichthyol hat nur die Bedeutung in der Behandlung der chronischen Erkrankungen, dafs es das Allgemeinbefinden der meist heruntergekommenen, ängstlich-nervösen Patienten in kurzer Zeit hebt, den Appetit mehrt und die Muskeln stärkt. Er führt deshalb die in kurzer Zeit erfolgte psychische und physische Kräftigung von Dreckmanns Patienten nur das Ichthyol zurück. Es müsse aber der Patient selbst beitragen,

indem es seiner ganzen Energie bedürfe, um keine Unterbrechung in der angreifenden Kur eintreten zu lassen.

Petersen wiederholt seine Frage, wie er das schnelle Verschwinden der Knoten unter Anwendung der Pflastermulle erkläre.

Dreckmann: Das Schwinden der Knoten steht aufser Zweifel, wie es zu erklären ist, vermag er nicht anzugeben. An seiner Statt erklärt Unna, dafs er dasselbe nicht für unmöglich halte. Denn ein Lepraknoten habe seinen Sitz in den Lymphräumen und bestehe nur aus Anhäufungen von Bacillen. Ebenso schnell wie ein solcher Knoten durch Anschwemmung von Bacillenhaufen entstehe, könne er auch durch Wegschwemmen wieder verschwinden. Daher erkläre sich auch die Dislokation des Knotens, der heute hier und morgen gleich daneben seinen Sitz nehmen könne.

Hiermit schlofs die Diskussion über diesen Vortrag.

Saalfeld (Berlin): **Therapeutische Notizen.**

I. Menthol 10 % in spirituöser Lösung soll nach des Vortragenden Erfahrung eine stark juckenstillende Wirkung haben, die die der Salicyl- oder Karbolsäure noch übertrifft. Bei Pruritus senilis hat eine 5—8 % Salbe gute Dienste geleistet.

II. Perubalsam mit Ungt. Wilkinsonii wird vom Verf. bei Ekzem in der Umgebung eines spezifischen Geschwüres empfohlen.

III. Ungt. cinereum mit roter Präcipitatsalbe bei spezifischen Fufsgeschwüren.

IV. Sublimatessig (1 : 150) zugleich mit 5 % Mentholspiritus bei Pruritus genitalium.

V. Resorcin mit Acid. boric. bei Ekzemen, bei denen man mit indifferenten Salben nicht mehr auskommt.

VI. Salolsalben wirken bei krustösem Ekzem besser als Salicylsalben. Ebenso bei Impetigo contagiosa und Sykosis coccogenes.

Lassar bestätigt die juckstillende Wirkung des Mentholspiritus, möchte aber über seine Wirkung bei Lichen ruber etwas Genaues wissen.

Saalfeld hat bei Lichen ruber eine bessere Wirkung von Mentholspiritus als von Unnascher Salbe gesehen.

Lassar empfiehlt bei Lichen ruber Chrysarobin, Unnasche Salbe, Arsenik und Perubalsam.

Unna: Am schwersten ist die Behandlung des Lichen planus hypertrophicus; hier empfiehlt sich Auskratzung der hypertrophierten Stellen und Applikation von Sublimatpflastermull.

Manassei sprach sodann unter Demonstration ganz vorzüglicher kolorierter Photographien über die Behandlung von Epitheliom, Narben, Leukoplakie, Sklerodermie Melanosis lenticularis progressiva und vieler andrer Krankheiten.

Hierauf spricht

Werth (Burg), **Über ein Unikum von Hautkrankheit.** Der Patient, von dem hier die Rede ist, steht seit 1½ Jahr in des Vortragenden Behandlung, hat seit dem Jahre 1875 ein Ulcus rodens auf der Stirn, das trotz verschiedener Behandlungsmethoden nicht zur Heilung kommt. Im Jahre 1881 will er die ersten Rhagaden und Hornschichtauflagerungen in den Händen bemerkt haben, die jedoch wieder verschwanden, um im Jahre 1885 wiederzukehren und abermals wieder zu verschwinden.

Vor 1½ Jahren traten dann wieder Schmerzen in den Fingern und Füßen auf, und der Patient wußte sofort, daß er wieder von dem alten Leiden befallen werden würde, denn er kündigte das abermalige Auftreten der Rhagaden an. Und wirklich entstanden nach 2 Tagen Hornschichtauflagerungen und tiefe Rhagaden an Händen und Füßen, an deren Streckseiten gleichzeitig lichenartige Knötchen zum Vorschein kamen, die ein chagrinartiges Aussehen hatten und stark pigmentiert waren. Der Patient wurde einer Arsenikkur unterzogen, doch wurde die Sache nach gewisser Zeit schlimmer statt besser, die Pigmentierungen wurden intensiver und der Zustand immer peinlicher. Der Fuß war derartig pigmentiert, wie man noch nie beobachtet hatte; an den Händen die ersten größeren Petechien und Pigmentverfärbungen, die damals noch nicht schmerzhaft waren, jetzt aber anfangen empfindlich zu werden. Damals weigerte sich Patient, Arsenik weiter zu nehmen und wickelte auf eigne Hand hin den Fuß in Käsequark; natürlich löste sich die ganze Hornschicht ab, und die Haut wurde so empfindlich, daß sie den Verband nicht missen konnte. Nach ¼ Jahr waren die Lichenefflorezenzen immer weiter gegangen, doch zeigten sie eine ganz besondere Eigentümlichkeit. Es kommt nämlich alle 4 Wochen ein neuer Nachschub derart, daß erst vereinzelte Knötchen aufschließen, zwischen denen dann nach 3—5 Tagen sich massenhafte weitere Knötchen bilden, so daß bald die ganze Haut damit besät ist. Nach einem Monate involvieren sich dieselben wieder, um nach einem weiteren Monat dasselbe Schauspiel wieder zu beginnen.

Außer diesen Affektionen hatte Patient im vorigen Jahre noch etwa 100 Aknepusteln auf dem Rücken, die jetzt wieder verschwunden sind, und eine Psoriasis guttata auf dem Rumpfe, die momentan das Bild einer Ps. diffusa darbietet.

Nach einer neuerlichen Arsenikbehandlung ist etwas Besserung derart eingetreten, daß Patient leidlich schläft und etwas ruhiger ist. Heute sind die Hände und die ersten Fingerglieder gleichfalls stark pigmentiert, der Rachen und weiche Gaumen blau pigmentiert; die Ernährung ist schlecht.

Lassar, der den Fall früher gesehen, erinnert daran, daß Syphilis ausgeschlossen, und glaubt, daß die Diagnose auf Lichen nicht mit Sicherheit zu stellen sei. Das Krankheitsbild passe absolut nicht in den Rahmen einer schon bekannten Erkrankung. Der Charakter der Entzündung und

die Abschuppung erinnern an Pityriasis rubra oder an ein tabetisches Ekzem. Das merkwürdigste jedoch ist die kolossale Aufquellung der Plantar- und Palmarflächen.

Wolff fragt nach dem Verhalten der Schleimhäute.

Werth hat an der Lippenschleimhaut Pigmentierungen gesehen; an der Stelle des linken 4. Backenzahnes scheine gleichfalls eine Pigmentierung im Entstehen zu sein, sonst ist die Schleimhaut normal.

Die Frage Veiels, ob Fieber vorhanden, verneint der Vortragende.

Am Schlufs dieser Versammlung wurde Prof. Wolff (Strafsburg) für die Nachmittagssitzung zum Vorsitzenden gewählt.

IV. Sitzung, Freitag, den 21. September 1888, nachmittags von 3—5 Uhr.

Vorsitzender: Prof. Wolff, Strafsburg.

Epstein (Nürnberg): **Über Injektionen von Hydrargyrum salicylicum bei Syphilis.**

Der Vortragende hat das Präparat nach dem Vorgange von Neisser in Öl emulgiert und injiziert, und zwar zur Kontrolle auf der einen Seite Hg salicyl., auf der andren HgO oder Kalomel. Am schlechtesten wurde das Kalomel vertragen, in zweiter Reihe das HgO und am besten das Hg salicyl. Es verursacht nur geringen Schmerz, ganz geringes Ödem. Nach HgO-Injektion entstehen leicht Infiltrationen und Stomatitis, was bei Hg salicyl. nicht der Fall ist, dagegen machte das letztere Präparat öfters Diarrhöen, die auf Opium leicht reagierten. In einem Falle entstand ein Exanthem. Hervorzuheben ist die schnellere Resorption des Hg-salicylicum im Vergleich zu andern Hg-Präparaten.

Diskussion findet nicht statt.

Unna teilt die Resultate der v. Düringschen Arbeit über die Einwirkung des regulinischen Hg auf tierische Gewebe mit. (Erscheint im Original.)

Hierauf demonstriert derselbe die in Heft 17 dieses Jahrganges beschriebenen und abgebildeten Oberhauptpilze.

Diskussion hierüber findet nicht statt.

Hierauf spricht

Prof. Wolff, nachdem er das Präsidium an Dr. Unna abgegeben, **über das Epidermidophyton** Langs.

Er modifiziert seine vor Jahren über diesen Gegenstand mitgeteilten Untersuchungen dahin, dafs sich dieser Pilz jedenfalls bei Psoriasis findet, dafs man ihn bei jeder Hautkrankheit findet, ja dafs er sogar bei jeder normalen Haut zu finden ist, und dafs dieses Epidermidophyton überhaupt

kein Pilz ist, sondern dafs dasselbe identisch ist mit Ranviers Eleidin und Waldeyers Keratohyalin.

Behandelt man nämlich einen Schnitt, in dem man vorher das sog. Epidermidophyton mikroskopisch nachgewiesen, mit Kalilauge, so verschwindet dasselbe, die Flüssigkeit jedoch, in der der Schnitt schwimmt, fängt an zu schäumen als Beweis, dafs Seife in derselben vorhanden ist. Dieselbe kann natürlich nur durch Verseifung des Eleidins mit Kalilauge entstanden sein und tritt nicht ein, wenn man die Schnitte vorher entfettet und sie dann mit Kalilauge behandelt. Bei Einlegen der Schnitte in Olivenöl und Lanolin kann man unter dem Mikroskop das Wachsen der Hyphen und Sporen wahrnehmen, d. h. man sieht die Fetttröpfchen des Eleidins resp. Keratohyalins sich mischen mit dem Olivenöl resp. Lanolin.

Diskussion:

Beissel hat aus Psoriasishaut Pilze gezüchtet, die Mycelien, Sporen zeitigten; bei Übertragung auf die Haut traten geringe Reizerscheinungen auf. Leider hat B. nicht mit Reinkulturen gearbeitet; er läfst unbestimmt, ob die Psoriasis parasitären Ursprungs ist oder nicht.

Zum Schlufs erinnert Wolff daran, dafs er früher von einem gröfsern und einem kleineren Pilze gesprochen; den gröfseren findet man bei der Verseifung des Keratohyalins in den obern Schichten, wo eben der Verseifungsprozefs schneller vor sich geht, als in den tiefern. Die sogenannte Lepocolla repens von Eklund entspricht den Zeichnungen Eklunds gemäfs genau dem Verseifungsprozefs des Keratohyalins.

Da hiermit die Tagesordnung erschöpft ist, dankt Unna im Namen der Versammlung Herrn Dr. Wolfs (Köln) für seine Mühewaltung im Interesse der Sektion, wünscht den Teilnehmern ein Jahr freier, emsiger und befriedigender Arbeit, ein fröhliches Wiedersehen in Heidelberg und schliefst damit die wissenschaftlichen Sitzungen der Sektion für Dermatologie und Syphilis der 61. Naturforscherversammlung.

In der 1. Allgemeinen Sitzung am 18. September sprach Lassar (Berlin) **Über die Kulturaufgabe der Volksbäder.** Im Gegensatz zu allen übrigen Zweigen der Technik im modernen Kulturleben hat das Badewesen nicht nur keine Fortschritte, sondern sogar bedeutende Rückschritte zu verzeichnen, was sich am besten zeigt, wenn man die Bäder der alten Griechen und Römer mit unsern jetzigen Badeanstalten vergleicht.

Seneca gibt eine genaue Schilderung der prachtvoll eingerichteten, äufserst zahlreichen römischen Badeanstalten; bei uns bestehen erst seit einigen Jahren wenige gröfsere Volks-Badeanstalten, z. B. in Köln, Elberfeld, Halle a. S. Die Seebäder waren schon den alten Griechen

bekannt und von ihnen sehr besucht, bei uns fingen dieselben erst in diesem Jahrhundert allmählich, an sich der Beliebtheit des Publikums zu erfreuen.

Unsre Vorfahren, die alten Germanen, waren gute Schwimmer; aber noch mehr, sie trieben sogar einen Exporthandel mit Seife. Im Mittelalter existierten in Deutschland eine Masse von Volksbadestuben, mufsten aber mit dem Einzug der Lepra aus sanitären Rücksichten, um einer Weiterverbreitung des Aussatzes möglichst zu steuern, wieder eingehen, und als nun vollends der 30jährige Krieg in Deutschland wütete, da war an ein Weiterbestehen, resp. Wiedererblühen der Bäder nicht zu denken.

Weiter gab der Vortragende interessante statistische Zahlen, von denen nur einige wenige genannt seien; so kommt z. B. in Deutschland auf je 30 000 Einwohner erst eine öffentliche Badeanstalt, in der Neumark erst auf 49 000 Einwohner eine solche mit fünf Wannen, oder noch drastischer ausgedrückt, auf je einen Einwohner alle 38 Jahre ein Bad. Teilweise liegt es aber an den Einwohnern selbst, da dieselben, obwohl sie eine derartige Anstalt besitzen, diese durch Vernachlässigung wieder zum Eingehen zwingen, wie z. B. in Memel. In Brückenau ist die Bevölkerung nahezu wasserscheu.

Die Strafsen unsrer Städte werden einer täglichen Reinigung unterzogen, unsre Dienstboten jedoch, die uns die Speisen bereiten, die Betten machen, unsre Kinder beaufsichtigen, wissen nichts von einer gründlichen Reinigung und Pflege ihres Körpers, und wenn sie es wissen, ist ihnen aus pekuniären und häuslichen Gründen eine solche nicht durchführbar. Die Badefrage harrt noch à la Dornröschen ihres Erweckers. Nur die Armeeverwaltung hat eine Ausnahme gemacht dadurch, dafs sie die Brausebäder eingeführt.

Zum Schlufs plaidiert der Vortragende für die Einführung der kalten Brausebäder mit Seife à 10 Pf. für das ärmere Publikum, und für Einführung der Brausebäder in den Schulen. Die Lehrer haben dann die Kinder zur Benutzung derselben anzuhalten.

Hamburg. P. Taenzer.

Diskussion über die Lepra.

Académie de Médecine de Paris. Sitzungen vom 12. 19. und 26. Juni 1888.

Originalbericht.

Vor einiger Zeit war in der Académie de Médecine ein lebhafter Streit gelegentlich der Leloirschen Abhandlung über Lepra, die der Verf. 1885 eingereicht hatte. Beachtenswert war auch der Bericht, den Ernest Besnier 1887 darüber erstattete.

Ich will hier auf diesen wichtigen Bericht nicht weiter eingehen; er ist im vergangenen Jahr bereits in den *Monatsheften* besprochen worden.

Le Roy de Méricourt, der die ganze Diskussion einleitete, ist gemäfsigter Antikontagionist. Die Art seiner Beweisführung ist etwas absonderlich. Er ist Antikontagionist im allgemeinen, und zwar, wie er sagt, aus „Humanität" (par d'esprit „d'humanité"). Trotzdem gibt er zu, dafs die Lepra durch den Beischlaf übertragbar sei. Ein solcher Widerspruch in den Ansichten erinnert lebhaft an Ricord, der zwar behauptete, dafs der Schanker Syphilis verursachen könne, aber seine Kontagiosität leugnete.

Le Roy de Méricourt begeht einige bibliographische Irrtümer, seine Litteratur-Kenntnis ist zum Teil recht ungenau; als Beleg führe ich nur die Ansichten an, die er Van Leent, Tilbury Fox, Tarquhar zuschreibt.

Leloir tritt für seine kontagonistische Lehre ein, die er seit 1885 verteidigt. Er fragt den Vorredner, auf welche Thatsachen Van Leent sich stütze, wenn er die Ansicht bekämpfe, dafs Lepra eine bacilläre Neuritis sei. Wenn man sieht, dafs Leloirs Meinung, bei der Lepra handle es sich in den meisten Fällen um eine bacilläre, den peripherischen Nerven eigentümliche Polyneuritis, von allen denen, die sich eingehend mit der pathologischen Anatomie der Lepra beschäftigt haben, von Unna, Lang, Neisser Eisenlohr, angenommen ist, so erscheint Leloirs Wunsch wohl berechtigt, zu wissen, auf welche klinischen und anatomischen Thatsachen sich Van Leents Widerspruch gegen diese Lehre eigentlich stützt.

Er faſst sich kurz, um nicht alles das zu wiederholen, was er bereits 1885 über die Kontagiosität dieser Krankheit gesagt hat.

Leloir meint genügend bewiesen zu haben: 1. dafs die Vererbung allein dies Umsichgreifen der Lepra nicht zu erklären vermag. Man müsse deshalb eine grofse Zahl von Fällen rechnen, in denen das Leiden erworben sei. — 2. dafs die zahlreichen hygieinischen und andren Ursachen (schlechte Lebensweise, mangelhafte Ernährung, schlechte Wohnung, Erkältung, Gemütserschütterung u. s. w.), die von den antikontagionistischen Ärzten herangezogen werden, um den Ursprung der erworbenen Lepra zu erklären, nicht ernstlich für die Verbreitung der Lepra verantwortlich gemacht werden könnten; sie begünstigen nur das Umsichgreifen, wenn die Krankheit überhaupt erst im Lande vorhanden ist. — 3. dafs das geographische und geschichtliche Studium der Lepra zeigt, dafs a. die Lepra einen, vielleicht 2 ursprüngliche Herde hatte, von wo aus sie sich über die Welt verbreitete; b. sie sich nirgends zeigte, wohin sie nicht von kranken Menschen verschleppt war (sie ist beständig den grofsen Verkehrsstrafsen gefolgt); c. jedesmal, wo ein leprakrankes Volk mit einem seuchefreien in Berührung kam, letzteres infiziert wurde, und umgekehrt, wo immer ein gesundes Volk eine solche Berührung gemieden hat, es auch nicht angesteckt wurde; d. Klima und Boden ohne Einfluſs auf die Entstehung, wenn auch nicht auf die Weiterverbreitung der Lepra sind; e. in zahlreichen Fällen die Durchseuchung eines Landes so schnell vor sich geht, dafs die Vererbung allein zur Erklärung dieser Erscheinung nicht genügt; f. die Verbreitung der Lepra im umgekehrten Verhältnis zu stehen scheint zu den Isolierungsmafsregeln, die die durch-

seuchten Völker dagegen ergriffen haben. Die Lepra ist da am schnellsten verschwunden, wo die Isolierungsmafsregeln am strengsten durchgeführt wurden.

Die angeführten Thatsachen genügen schon, um es wahrscheinlich zu machen, dafs die Lepra von jeher eine ansteckende Krankheit war.

Da die Lepra nicht tellurischen Einflüssen unterworfen ist, sie auch nicht durch ungünstige Lebensbedingungen erzeugt wird, so ist es klar, dafs die Lepraherde nur darum ansteckend wirken, weil sie Leprakranke enthalten. Da nun aber die Vererbung nicht hinreicht, um eine grofse Anzahl von Fällen zu erklären, so müssen wir notwendig annehmen, dafs hier direkte oder indirekte Ansteckung im Spiele ist.

Aber noch mehr, fährt Leloir fort. Das Studium der jüngsten Lepraepidemien (Sandwich-Inseln, Kap Breton, Louisiana) und besonders jene Fälle, wo von gesunden Eltern stammende Menschen erst, wenn sie in leprösen Gegenden mit Leprakranken in Berührung kamen, auch ihrerseits angesteckt wurden, beweisen unzweideutig die kontagiöse Natur der Lepra.

Nun bestehen allerdings verschiedene Einwände gegen diese Lehre: so sagt man, die Ärzte in leprösen Gegenden glauben nicht an Ansteckung; die Lepra konnte bis jetzt weder auf Mensch noch auf Tier verimpft werden; Gesunde können jahrelang ohne Schaden mit Leprösen zusammenwohnen; die in seuchefreien Gegenden wohnenden Leprösen übertragen die Krankheit nicht weiter. Jedoch meint L. darauf schon genügend in seiner Abhandlung geantwortet zu haben.

Nach allem diesen glaubt Leloir sich zu dem Schlufs berechtigt, dafs, wenn auch die Verimpfung der Lepra noch nicht gelungen sei, man sich die schnelle Verbreitung derselben doch nicht anders als durch Ansteckung und Vererbung erklären könne.

Die Ansteckung erfolgt vielleicht durch direkte oder indirekte Berührung des Gesunden mit Lepragift. Auch kommt es vor, wie Leloir das 1886 beobachtet hat, dafs die Leprösen ihre Bacillen und Sporen gewissermafsen in Boden und Wasser aussäen und so eine ganze Gegend für kürzere oder längere Zeit durchseuchen. Vielleicht, dafs sich auf diese Art wenigstens teilsweise die klimatischen Einflüsse erklären, die Hardy eine so grofse Rolle spielen läfst. Ebenso liefse sich hierdurch zum Teil die Thatsache erklären, dafs die Lepra in hygieinisch bevorzugten Gegenden nur sehr schwer festen Fufs fafst. Analoge Verhältnisse herrschen vielleicht beim Typhus und Karbunkel; für letzteren hat es unser grofser Pasteur(!) durch seine herrlichen(!) Untersuchungen nachgewiesen.

Die Lepra ist also eine ansteckende Krankheit. So äufserte sich Leloir bereits 1886: „Die Lepra kommt vom Menschen und kehrt zum Menschen zurück. Die Lepra ist ein Erzeugnis des Menschen; der Mensch schleppt sie mit sich herum.“ Es erübrige nur noch zu wissen, ob sie unmittelbar von Individuum zu Individuum ansteckend wirke, mit einem Wort, ob der Leprabacillus die Krankheit direkt auf den Menschen überträgt, oder ob er

noch erst eine uns bis jetzt unbekannte Zwischenstufe durchmacht. Vielleicht bedarf er nach seiner Entwickelung beim Menschen erst eines andren Mediums, um wieder ansteckend und verimpfbar zu werden. Möglich auch, dafs das Gift nicht im ganzen Verlauf der Krankheit übertragbar ist sondern nur zu bestimmten Zeiten, wie es beispielsweise bei der Syphilis der Fall zu sein scheint.

Auf jeden Fall aber ist die Lepra eine ansteckende Krankheit.

Die indirekte Ansteckungsfähigkeit der Lepra erklärt vielleicht den ausbleibenden Erfolg, den Danielssen und Profeta bei Impfungen am Menschen, Dainsch, Ortmann, Leloir, Neisser, Unna, Campana bei Tierversuchen gehabt haben. Ich brauche auf die Bedeutung dieser Hypothese, falls sie sich begründet erweisen sollte, kaum hinzuweisen. Die Furcht vor Übertragung bei der Schutzimpfung würde zum Teil verschwinden, und vielleicht würde selbst Herr Le Roy de Méricourt noch — „Contagioniste secondaire."

So lange aber diese Hypothese noch nicht genügend durch Thatsachen gestützt ist, mufs man sich so verhalten, als ob die Krankheit direkt und indirekt kontagiös sei, und alle Regierungen, denen auch das körperliche Wohlergehen ihrer Untertanen am Herzen liegt, besonders Norwegen, haben diese goldene Regel zum eignen Vorteil befolgt.

Die durch prophylaktische Mafsnahmen erlangten Ergebnisse genügen nach Leloir an und für sich, um die kontagionistische Natur des Leidens zu beweisen. Aufserdem huldigen dieser Lehre die meisten Ärzte, die sich in leprösen Gegenden mit der Lepra befafst haben. Einige von ihnen, die Constantin Paul in der letzten Leprabesprechung der Académie de Médecine (1885) als Antikontagionisten bezeichnete, haben sich seitdem bekehrt, wenn sie überhaupt Antikontagionisten waren, was nach den Unterredungen, die Leloir um dieselbe Zeit unter andern mit Kaurin de Molde führte, zum mindesten zweifelhaft erscheint. Denn gerade letzterem teilte Leloir 1887 einen Ansteckungsfall von Lepra mit, der in den *Annales de Dermatologie* veröffentlicht ist. — Ebenso bekennen sich seit 1887 die französischen Marine-Ärzte zur kontagionistischen Lehre. Als Beweis führt Leloir die ausgezeichnete Arbeit von G. L. Simond an: *„Die Lepra und die Art ihrer Verbreitung in Französisch-Guyana.* Bordeaux 1887. Wer sich durch das Lesen dieser bemerkenswerten Abhandlung nicht überzeugen läfst, dafs die Lepra in Guyana nur durch Ansteckung entstanden sei, der ist überhaupt nicht zu überzeugen.

Nach Simond, gewesener Leiter des Lepra-Spitals zu Guyana, ist Ansteckung die einzige Ursache für die Verbreitung der Krankheit. Und ist denn nicht auch Le Roy de Méricourt Kontagionist, fragt Leloir schliefslich, wenn er die geschlechtliche Ansteckung, eine Form der direkten Kontagion, zuläfst?

Vidal tritt gleichfalls für die kontagionistische Lehre ein. Seine Beweisführung leitet er einesteils aus der parasitären Natur der Lepra her. Er zeigt, dafs der Bacillus die Störungen verursache, und wie grofs auch

immer die Schwierigkeit seiner Überimpfung ist, da wir die Bedingungen dazu noch nicht genügend kennen, so muſs er sich doch notwendig auf einen andren Organismus verpflanzen lassen, und zwar auf einen menschlichen Organismus, denn die Tierversuche waren bislang alle erfolglos. Anderseits stützt er sich auf sichere Fälle, wo ein Gesunder von einem Leprösen angesteckt wurde. Er verweist zu diesem Zweck auf die Veröffentlichungen von Hanbrey-Benson und Kaurin de Molde, ferner auf die Epidemien zu Port-Breton und Louisiana, sowie auf die in den spanischen Bezirken von Dema und Pego.

Als Beleg für seine Ansicht dient ihm ferner der Verlauf der einzelnen Epidemien, sowie die Möglichkeit, sie durch strenge Vorsichtsmaſsregeln einzuschränken. Als man in Norwegen die Maſsregeln etwas laxer handhabte, machte die Lepra gleich wieder Fortschritte. Aus Astrachan verschwand die Krankheit durch strenge Absperrung, während sie unter der benachbarten Bevölkerung weiter wütete. Norwegen beweist zur Genüge die unbestreitbare Wirksamkeit der Porphylaxe beim individuellen sowie beim Handelsverkehr. In diesem Lande verschwindet die Lepra allmählich ganz.

Le Roy de Mericourt hält dem entgegen, daſs Jambaca nichts auf die Ansteckung gibt, was mich übrigens nicht sehr wundert.

Cornil ergreift darauf das Wort. Zunächst beleuchtet er die Ansteckung im allgemeinen. Bei allen bakteriellen Krankheiten sind die Ansteckungsbedingungen verschieden, je nach den biologischen Eigenschaften der betreffenden Bakterien und nach den Lebensgewohnheiten des erkrankten Individuums. Er bespricht dann weiter die Ansteckung bei der nahverwandten Tuberkulose, deren Bacillen nach Sitz und Verhalten jetzt gut gekannt seien. Derselbe Umschwung der ärztlichen Anschauungen, den wir dank unsern bakteriologischen Kenntnissen bei der Tuberkulose antreffen, mache sich auch schon bei der Lepra zu gunsten der kontagionistischen Lehre geltend. Allerdings besäſse man jetzt erst wenig Thatsächliches zur Biologie der Leprabacillen, das man zur Stütze dieser Lehre anführen könne. Auch unsre Kenntnisse vom Bestand der Bacillen auſserhalb des menschlichen Organismus sind noch gleich null. Der Beweis der Kontagiosität sei daher schwer. Nach diesen Erörterungen kommt Cornil auf die Epidemie von Nizza zu sprechen. Er berichtet über 4 Beobachtungen, die ihm den Schluſs gestatten, daſs man Beispiele lepröser Ansteckung noch häufiger treffen würde, wenn man nur immer das Vorleben der erkrankten Individuen genauer kennte. Diese Beobachtungen aus der Epidemie zu Nizza, wo Gesunde im Verkehr mit Leprösen angesteckt wurden, sind wohl imstande die hohe Bedeutung, die man bislang der Vererbung beilegte, etwas abzuschwächen. — Schlieſslich führt er noch an, daſs zuweilen ein oder mehrere zuwandernde Lepröse den Mittelpunkt abgeben, um den herum sich Lepraherde bilden.

Hardy spricht viel von Rasse und Klima, aber kein Wort von Ansteckung. Jene beiden Faktoren, führt er weitläufig aus, könnten die Entwickelung der Lepra sehr begünstigen.

Sicherlich gibt es Völker, die sehr zur Lepra neigen, wie die Chinesen, die Inder, Neger, Kreolen, Skandinavier, während andre, so namentlich die meisten europäischen Stämme, ziemlich geschützt davor zu sein scheinen. Es gibt ja auch genug Fälle, dafs Europäer leprös wurden, dann hatten sie aber so lange in leprösen Gegenden verweilt, dafs sie ihren Rassencharakter einbüfsten.

Auch manches Klima begünstigt nach HARDY die Ansteckung; er bestreitet dagegen den Einfluſs von Wasser, Boden und Temperatur. Als refraktär gegen die Lepra bezeichnet er das Klima von Deutschland, Frankreich, England, Italien, und die Lepra sei aus Europa gewichen, weil sie hier keinen Boden habe. Dem hält CORNIL entgegen, dafs die Lepra doch in Italien und Spanien vorkomme, worauf HARDY erwidert, dafs die Lepra vom Klima abhänge, da die Fremden, die jene Länder besuchen, nicht erkranken, obschon die Leprösen nicht isoliert seien.

Dem gegenüber betont LELOIR, dafs sich die Lepra jetzt an verschiedenen Punkten Europas anzusiedeln drohe, so in Spanien und an der baltischen Küste. Nach einer Mittheilung von MICHELSON in Königsberg drohe sie jetzt von der russischen auf die preufsische Ostseeküste überzugreifen.

Man kann nicht bestimmt behaupten, dafs nicht bisweilen Soldaten oder Matrosen leprakrank aus den Kolonien heimkehrten. Vielmehr habe er mehrfach das Gegenteil beobachtet und verschiedene Fälle in seiner Arbeit über die Lepra veröffentlicht. Auch habe ihm erst kürzlich ROUX, Verfasser einer tüchtigen Abhandlung über die Krankheiten in den heifsen Klimaten, ähnliche Beispiele mitgeteilt. Aufserdem ist die Diagnose der Lepra im Anfang zuweilen recht schwierig, und es mag wohl nicht gar selten vorkommen, dafs man einfach Hautkrankheit diagnostiziert. So verhalte es sich auch mit dem Soldaten, über den CORNIL der Akademie berichtet habe.

In bezug auf den Einfluſs der Rasse erinnere er HARDY an jenen Fall, den er dessen Güte verdanke und den er in seiner Arbeit veröffentlicht habe. Der Fall betraf eine junge Engländerin, die nach einem kurzen Aufenthalt in Nizza leprös wurde. Hatte sie nach noch nicht einem Jahre ihre anglo-sächsischen Rasseeigentümlichkeiten verloren?

Die Lepra kann unter jedem Klima vorkommen, in kaltem wie in heifsem, in den gemäfsigten wie in den extremen Zonen.

BESNIER, vom Vorsitzenden um seine Ansicht befragt, beschliefst die Debatte mit einigen Worten. Nach der Besprechung von 1885 nahm man allgemein an, dafs die Lepra nicht ansteckend sei; heute wurde dieser Ansicht von allen Seiten entgegen getreten. Wenn sich die Akademie von neuem mit dem Gegenstand beschäftigen wird, wird man über die Kontagiosität seiner Meinung sein.

Lille. TAVERNIER.

(Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM in Hamburg.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Über die Temperatur der menschlichen Haut, von A. J. Kunkel. (*Zeitschrift für Biologie.* 25. Bd. 1888.) K. stellte seine Untersuchungen an einer Versuchsperson an. Nach der Beschreibung seines Thermoskopes, seiner Methode und der Fehlerquellen folgen die Resultate der Untersuchung. Von einer konstanten Hauttemperatur in dem Sinne, wie eine solche Konstanz für das Körperinnere erwiesen ist, kann nicht die Rede sein. K. nimmt jedoch ein Temperaturoptimum an in dem Sinne, dafs sich die Haut unter günstigen Bedingungen immer auf denselben Wärmegrad einstellt, und dafs das Abweichen von demselben den Eindruck von Schmerz oder Unbehagen in den Hautnerven auslöst. Bei der Versuchsperson war während des Sitzens im richtig erwärmten Zimmer, bei gewöhnlicher Kleidung dieses Temperaturoptimum 33,8 bis 34,8° C.

Unter normalen Bedingungen ist auf dem gröfsten Teile der bedeckten Körperoberfläche ungefähr dieselbe Temperatur (34,2 bis 34,6° C.) vorhanden. Von dieser Temperatur gibt es durch die Örtlichkeit bedingte Abweichungen (Lokaltemperaturen). Regelrecht wiederkehrende Abweichungen der Temperatur findet man an solchen Oberflächenstellen, wo dies aus anatomisch-physiologischen Gründen leicht erklärlich ist. Über dichten Muskellagen, auf der Stirne (infolge der Nähe des blutreichen Gehirns), der Achse des Körpers näher stehenden Stellen zeigt sich eine höhere Temperatur. Die Oberflächentemperatur steht also mit der Regsamkeit des Stoffwechsels der unter einer Hautstelle gelegenen Organe in Zusammenhang.

Beim Kopfe und bei der Hand gibt es besondere Verhältnisse. Unter normalen Bedingungen stellen sich die Hände auf das Temperaturoptimum ein. Verschiedene Umstände verursachen aber hier Abweichungen von demselben. Arbeit, der Umstand, dafs die Hände zumeist halb geschlossen getragen werden, erhöht, Erfrierungen, Hyperidrosis (Zustände, die eine vermehrte Abkühlung bedingen), schlechte Ernährungsverhältnisse (Marasmus) verringern die Temperatur derselben. Auch starke Abkühlungen durch Greifen in Wasser, Waschen, Berühren kalter Gegenstände wirken längere Zeit anhaltend, oder umgekehrt, Verstecken der Hände in Hosentaschen, Tragen von Muff, Handschuhen die Temperatur erhöhend. Das Gesicht ist meist um einige Zehntel Grade wärmer als die bedeckten Körperstellen; über den grofsen Gefäfsen sind besonders warme Stellen: auf dem Jochbogen, dem Unterkiefer ist die Temperatur niedriger als über den Muskeln des Gesichtes.

Bei längerem Aufenthalt in Luft von niedriger Temperatur sinkt die Temperatur der Haut überall gleichmäfsig. Wenn die Temperatur gröfserer Partien der gewöhnlich bedeckt getragenen Körperoberflächen unter 32° C.

sinkt, entsteht das Gefühl des Unbehagens. Freilich gibt es da auch individuelle Schwankungen. Auch unter recht ungünstigen Bedingungen bewahrt der allergrößte Teil der Körperoberfläche eine recht hohe Oberflächentemperatur, welche KUNKELS Tabellen gemäfs bei der Versuchsperson nicht unter 31,6° C. sank. Ebenso das Gesicht, welches nur unter ganz besonders ungünstigen Bedingungen eine Temperatur von 26—27° C. zeigte. Diese Temperatur war der Versuchsperson recht unbequem, jedoch noch nicht schmerzhaft. Eine Temperatur von 25° C. auf den Händen ruft Schmerz hervor.

Nach der ersten starken Abkühlung im Freien kompensiert ein vermehrter Blutzufluſs die Temperaturerniedrigung; kehrt man dann ins erwärmte Zimmer zurück, so steigt die Oberflächentemperatur in die normalen Grenzen hinauf, schneller bei blaſshäutigen, mageren, sonst gesunden, als bei rotwangigen, fetten Individuen. Letztere zeigen auch gewöhnlich eine niedrigere Hauttemperatur.

Die Füſse, besonders die Zehen und Fuſssohlen, sind die niedrigst temperierten Partien der Körperoberfläche; durch die Gewöhnung an niedrige Temperaturen in unserm Klima wird jedoch eine Temperatur von 24° C. zwar als sehr hohes Unbehaglichkeitsgefühl, jedoch nicht als Schmerz empfunden.

Bei einer Temperatur von 32,5° C. des Rumpfes und 31,5° C. der dem Rumpfe zunächst liegenden Teile trat bei der Versuchsperson das Gefühl des Fröstelns auf.

Die höchsten Temperaturen nach Verweilen in sehr heiſsen Zimmern (35,5° C.) hat K. immer im Gesichte gefunden; hierbei trat keine sichtbare Schweiſsbildung, jedoch das Gefühl unangenehmer Hitze auf.

Wie sich aus K.s Versuchen ergibt, ist die Temperatur der Haut trotz des Abstandes der Temperaturextreme der Luft von 40 bis 20° C. eine fast konstante. Dies wird erreicht einerseits dadurch, daſs parallel mit dem Wärmeverlust die Wärmeproduktion im Körper angefacht wird (physiologische Wärmeregulierung RÜBNERS), anderseits hauptsächlich durch den Wechsel der Bekleidung und durch die Wasserverdunstung (Schweiſsbildung) — physikalische Wärmeregulierung (RÜBNER).

Über die Entstehung der homogenen Harncylinder und Cylindroide, von TÖRÖK und POLLÁK. (*Arch. f. exp. Path. u. Therap.* Bd. 25. Heft 1.) Die Cylindroide sind renalen Ursprunges und unterscheiden sich durch ihre chemischen Eigenschaften von den extrarenalen Pseudocylindroiden. Die ersteren stellen sozusagen eine embryonale primitive Form der Cylinder dar und, da sie nie Zellgrenzen oder Vakuolenkonturen aufweisen, neben normalem oder fast normalem Nierenepithel in den Harnkanälchen oder im Harn unter Umständen getroffen werden, bei denen an eine stärkere Veränderung der Nierenepithelien nicht zu denken ist, so entstehen sie und mit ihnen auch die aus ihnen sich häufig bildenden, mit ihnen oft zusammenhängenden, gleiche chemische und physikalische Kon-

stitution besitzenden Cylinder — und zwar sowohl die blassen als auch die matt und stark glänzenden — durch Transsudation. Befunde an pathologischen Nieren, deren Sekreten und bei Tierexperimenten zeigen, dafs auch die ausgebildeten homogenen Cylinder oft bei fast unverändertem Epithel und unter Umständen auftreten, wo nur an die Transsudation als Entstehungsweise zu denken ist. (Rasches Erscheinen der Cylinder nach Einwirkung geringer Schädlichkeiten, nach experimenteller, selbst nur kurz dauernder Blutstauung.)

Die als Überbleibsel der Zellgrenzen beschriebenen Querstreifen und Randeinschnitte an homogenen Cylindern entsprechen eigentlich den teilweise verschmolzenen und verstrichenen Windungen und Faltungen derselben, Übergänge vom Nierenepithel, den in den Harnkanälchen enthaltenen weifsen oder roten Blutkörperchen oder deren Detritus zu homogenen Cylindern gibt es nicht, und auch zwischen den Veränderungen des Epithels und der Bildung der homogenen Cylinder besteht kein inniger Zusammenhang. Die Vakuolen, aus denen man die homogenen Cylinder herleitete, kommen schon in normalen Nieren vor, sind sehr häufig Kunstprodukte und als solche nach Belieben herzustellen, treten nicht blofs an Nierenepithelien, sondern an allen Zellen auf, die aus dem uropoëtischen System herausbefördert werden, fehlen häufig bei Gegenwart von Cylindern, verschmelzen nicht miteinander oder mit der Cylindersubstanz und unterscheiden sich endlich chemisch von letzterer. Die homogenen Cylinder können sich also — auf Grund dieser Beobachtungen — weder aus den Epithelien der Harnkanälchen, den roten oder weifsen Blutkörperchen und deren Detritus, noch aus den von den Nierenepithelien „secernierten" Vakuolen bilden.

Hamburg. TÖRÖK.

Aus den *Mitteilungen der chirurg. Klinik zu Tübingen.* 3. Bd. wird eine **Infektion mit Aktinomykose** durch einen Holzsplitter aufgeführt, den sich Patientin vor 2 Jahren beim Bodenreinigen in die Hand gestofsen und nicht vollständig wieder entfernt hatte. Mit der Zeit war an der verletzten Stelle eine halbkugelige flachverlaufende Geschwulst verschiedener Konsistenz entstanden, welche bei der Inzision gelbe Aktinomyceskörper und einen von derlei Massen durchwucherten kleinen Holzsplitter entleerte. (*Münch. med. Wochenschr.* No. 33.)

Dr. IGNATZ REICHERT in Aschaffenburg veröffentlicht einen nach SCHMIDTS Methode **geheilten Fall eines markstückgrofsen Epithelial-Karzinoms** der linken Wange einer 67jährigen Wittwe. Zu den intraparenchymatösen Injektionen wurde das LENDERSche Ozonwasser verwendet, anfangs in schwächerer, später in stärkerer Lösung. Die Kur begann am 15. Mai; schon am 30. Mai war das butterweiche Krebsgewebe fester und schwerer injizierbar; am 7. Juni war die kranke Stelle auf die Gröfse

eines silbernen Zwanzigpfennigstückes geschrumpft und am 26. Juli vollständige Vernarbung eingetreten; 30 Tage später noch keine Spur von einem Recidiv.

Reichert untersuchte auch das von Dr. Lender bezogene Ozonwasser und fand darin einen nicht geringen Chlorgehalt, weshalb er den Namen „Ozonwasser" nicht für passend hält. (*Münch. med. Wochenschr.* No. 36.

Nürnberg. Eckart.

Österreich.

Über die **Beziehung der angeborenen Phimose zur Entstehung von Hernien** von J. Englisch (Wien). Von den mitgeteilten Statistiken ist die von Kempe besonders interessant. Bei 50 Fällen angeborener Phimose traf K. 31 mal gleichzeitig Hernien (die Nabelbrüche schliefst K. aus), jedoch nicht sofort nach der Geburt. Bei allen durch die Zirkumzision sowohl Heilung der Phimose als auch Verschwinden der Hernien. Aus der Untersuchung von mehr als 1800 Befunden schliefst E., dafs die angeborene Phimose an sich keinen Einfluſs auf die Entstehung der Eingeweidebrüche hat, die sonst im späteren Alter noch viel häufiger vorkommen. Merkwürdig ist die Häufigkeit der Eingeweidebrüche bei enger äufserer Harnröhrenöffnung; die durch diese hervorgerufenen Harnbeschwerden sind jedoch von untergeordneter Bedeutung. Die Erklärung für die Eingeweidehernien liegt in dem mangelhaften Verschlusse der Bauchfellausstülpungen als präformierte Bruchsäcke. (*Wien. med. Wochenschr.* No. 26 bis 28.)

Beitrag zur Kenntnis der **Lepra der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes**, von Dr. H. Zwillinger und V. Läufer (*Wien. med. Wochenschrift.* No. 26 u. 27.) Der Hautbefund der auf Kaposis Abteilung befindlich gewesenen Kranken ist bereits im Anzeiger der k. k. Ges. der Ärzte in Wien 1887 durch Kaposi bekannt gemacht worden. Betreffs des rhino- und laryngologischen Befundes ist dieser Aufsatz nachzulesen.

München. Patly.

England.

Bei den Verhandlungen der British medical Association hatte Dr. David Drummond in einem Vortrag über **Syphilis des Zentralnervensystems** die syphilitischen Läsionen des Gehirns in 3 Klassen geteilt: 1. in Meningitis; 2. Verdickung der Gefäfswandungen vorzugsweise an der Hirnbasis, und

3. in Gummata, und als wichtigste Symptome Schlaflosigkeit, nächtliche **Kopfschmerzen** und Reizbarkeit des Charakters genannt. In der anschliefsenden Diskussion unterschied Ross verschiedene Typen von Gehirnsyphilis je nach dem Orte der Erkrankung, als bei Sitz in den Bewegungszentren motorische Störungen, in den Stirnlappen Kopfschmerz und Somnolenz, in der hintern untern Partie des Gehirns Hemiplegie mit Somnolenz, bei Sitz am unteren Teile der Pons Lähmungen im Gebiete der Hirnnerven und bei Sitz im Rückenmark Verlust der geschlechtlichen Potenz und Lähmung der Sphinkteren. CLOUSTON teilt die psychischen Störungen bei Gehirnsyphilis in 4 Gruppen: 1. akutes kurzdauerndes Delirium; 2. psychische Aufregung, Halluzinationen, maniakalische Anfälle; 3. Lähmungen, Demenz, und 4. Meningealerscheinungen. ROBERTSON machte auf die diagnostische Bedeutung der Perkussion des Schädels zur Erkennung der schmerzhaften Stellen aufmerksam. (Nach *Wiener medic. Presse.* No. 35.)

Nürnberg. ECKART.

Pemphigus mit Veränderung in den peripheren Nerven beobachteten A. SANGSTER und FR. W. MOTT (R. Med. et Chir. Soc. London, Sitzung 12. Juni 1888; *Wiener med. Wochenschr.* No. 29) bei einer 27jährigen Frau, deren Rumpf und Glieder ziemlich symmetrisch und sehr ausgedehnt mit Pemph.-Blasen bedeckt waren, dabei grofse Prostration; Temperatur 39°. Nach 16tägigem Hospitalsaufenthalte urämische Erscheinungen und nach 3 Tagen Tod. Bei der Sektion ergab sich Granularatrophie der Niere, sowie Degeneration der Nervenfasern der peripheren Hautnerven, die nicht als Leichenerscheinung aufgefafst werden kann, da die Sektion bereits 12 Stunden p. m. ausgeführt wurde. CHEADLE erwähnt den Befund ausgedehnter Ulcerationen an den Därmen bei Pemphigusfällen, die an excessiver Diarrhöe starben.

München. PAULY.

Amerika.

Dr. ROBERT PILLEY, **Fall von Pemphigus der Conjunctiva.** (*Journal of the American Medical Association.*) Ein Knabe von 12 Jahren, vollständig gesund, wurde im Februar 1881 geimpft. Nach Angabe der Mutter entzündeten sich unmittelbar danach beide Augen. Die Schwellung und Rötung nahmen zu, und der Patient konnte seit April 1881 nicht mehr sehen. Dann entwickelten sich während einer Periode von 4 Jahren successive Gruppen von Blasen über den Körper unregelmäfsig verteilt. Im Jahre 1882 waren besonders viel zu konstatieren und sogar eine im Munde an der Wangenschleimhaut linkerseits zu sehen. Seit einem Jahre sind alle Blasen verschwunden. — Die beiden Augenlider, ziemlich weit

offen stehend, sind mit dem Auge selbst aufs innigste verwachsen, die Cornea ist hornig, trocken. Bis auf eine schwache Lichtempfindung ist der Patient blind. Verf. hält diesen Zustand, trotz der grofsen Seltenheit eines solchen Vorkommens, für das Endresultat eines Pemphigus der Conjunctiva. — Februar 1888.

Dr. R. S. Sutton, **Pruritus ani.** Verf. hat äufserst günstige Resultate mit Anwendung des galvanischen Stromes bei Pruritus ani gehabt. Er bedient sich eines 5 Milliampères nicht übersteigenden Stromes und setzt die Anode auf das Perineum oder die Basis des Skrotums so, dafs die juckende Fläche zwischen die beiden Pole zu liegen kommt. (*Medic. and Surgical Rep.* Juni 1888.)

Dr. H. C. Simes, **Tod nach intraurethraler Kokaininjektion.** (*The Med. News.* July 1888.) Einem 29jährigen Patienten wurden behufs Vornahme der Urethrotomia interna circa 3 Gramm einer 20 % Kokainlösung in die Harnröhre eingespritzt. Er bekommt Konvulsion und stirbt nach 20 Minuten. Sektion ergibt keine auffällige Veränderung der einzelnen Organe. Die eingeführte Spritze hatte die Urethra nirgends verletzt.

Dr. R. F. Weir, **Auskratzung der Karbunkel.** (*Med. Record.* July 1888.) Fünf Fälle von Anthrax, bei Männern zwischen 40 und 70 Jahren auftretend, wurden mittels gründlicher Ausschabung mit dem scharfen Löffel behandelt. Anästhesiert wurde dreimal, einmal wurde mit gutem Erfolge Kokaineinspritzung angewandt. Die oft bedeutenden Blutungen standen leicht auf Anwendung von Druck. Nach Auswaschung mit 1 ‰ Sublimatwasser wird ein antiseptischer Verband angelegt. Die Resultate waren sehr zufriedenstellend.

New York. Dr. Leviseur.

Verschiedenes.

Eine Modifikation des Kochschen Plattenverfahrens, von Dr. Schimmelbusch. (*Fortschr. der Med.* 1888. No. 16.) S. verwendet zwei gleich grofse Glasplatten, welche durch einen Papprahmen voneinander getrennt und durch Metallklammern leicht an den Papprahmen angepreßt werden. Der Apparat wird in heifser Luft sterilisiert, abgekühlt, nach Abheben der oberen Platte die infizierte Gelatine auf die untere ausgegossen und dann die obere Platte wieder aufgelegt. Nach Erstarren der Gelatine wird die Platte in einen feuchten Raum gebracht.

Als Vorteile dieser Methode hebt S. hervor:

1. Das Vermeiden der Luftinfektion trotz häufiger Untersuchung oder ausgedehnter Demonstration.

2. Verflüssigende Kolonien machen die Platte nicht vorzeitig unbrauchbar, wie dies andre Modifikationen des Kochschen Verfahrens thun

3. Das Abimpfen der aufgegangenen Kolonien geht leichter vor sich, als in Esmarchs Röhren und Lipezs Flaschen.

4. Man kann die Kolonien durch die Deckplatte bei mittleren Vergrößerungen betrachten, wobei man hier klarere Bilder als sonst erhält, weil man durch plane und parallele Glasflächen hindurchsieht und keine Unregelmäßigkeiten im Glase vorliegen, wie sie bei Schalen und Flaschen unvermeidlich sind.

Török.

Philothion, ein Körper organischen Ursprungs, der Schwefel in der Kälte hydrogeniert. Innerlich genommener Schwefel tritt in den Kreislauf ein und wird als Sulfat und Phenylsulfat ausgeschieden. Untersuchungen zur Aufklärung dieses Vorganges führten de Rey-Pailhade zur Entdeckung eines in der organisierten Welt vorhandenen Körpers, der den Schwefel in der Kälte zu hydrogenieren vermag. Die Zelle der Bierhefe enthält diesen Körper, der ihr durch Alkohol entzogen werden kann. Man läßt gut getrocknete Oberhefe mit dem gleichen Gewicht Alkohol von 86° in einer verschlossenen Flasche unter häufigem Schütteln 2 Tage lang in Berührung, dekantiert und filtriert den oberen klaren Teil, wobei eine etwas gelbliche, völlig klare und schwach sauer reagierende Flüssigkeit erhalten wird, welche mit Schwefel, der vorher mit Alkohol befeuchtet war, Schwefelwasserstoff entwickelt. Man erhält leicht eine Flüssigkeit, die ungefähr 1 mg Schwefelwasserstoff pro 100 ccm erzeugt. Daß die Substanz bereits in der Hefe vorhanden ist und nicht erst durch Einwirkung des Alkohols entsteht, wird u. a. dadurch erwiesen, daß Zuckerwasser mit der, mit Schwefel verriebenen Hefe ein Gemisch von Kohlensäure und Schwefelwasserstoff entwickelt.

Die chemische Wirkung dieses Stoffes ist bei 35—40° größer als bei 0°. Seine alkoholische Lösung wird, 2 Stunden auf 70° erhitzt und dann erkaltet, trübe und wirkungslos gegen Schwefel. Dasselbe erfolgt allmählich bei längerem Stehen der Lösung. Wird frische Bierhefe in starken Säuren oder Basen verteilt oder mit neutralen Salzen (Chlorammonium, Chlorcalcium, Magnesiumsulfat) verrieben, so verliert sie ebenfalls mehr oder weniger schnell die Fähigkeit, den Schwefel zu hydrogenieren.

Auch tierische Gewebe enthalten eine ähnliche Substanz. Wird das Muskelgewebe eines eben getöteten Rindes fein zerteilt, 2 Tage lang mit dem gleichen Gewicht Alkohol von 86° mazeriert und dann filtriert, so entwickelt das mit Schwefel zerriebene Gewebe Schwefelwasserstoff in beträchtlicher Menge. Dasselbe enthält also den Stoff, wogegen letzterer von dem Alkohol nicht aufgenommen ist. Die Leber des Rindes, das Gehirn des Schafes, der Dünndarm des Lammes, der Muskel des Fisches verhalten sich wie der Muskel vom Rind. Verf. nennt diesen Körper, der Schwefel in der Kälte hydrogeniert und im tierischen Gewebe sich in etwas andrer Modifikation vorfindet als in der Bierhefe, „Philothion“. Durch seine

Wirkung gegen Schwefel, den es in eine durch den Organismus absorbierbare lösliche Verbindung umwandelt, spielt das Philothion diesem Körper gegenüber eine Rolle, welche derjenigen des Hämoglobins gegen Sauerstoff analog ist. (*Pharm. Centralbl.* 1888. pag. 416.)

Aus der Praxis.

Korrespondenz.

No. 33. Ich bitte um nähere Mitteilungen über die Einrichtung Ihrer dermatologischen Kurse, eventuell in den *Monatsheften*. Dr. T. in R.

Der von mir geleitete Unterricht in der Dermatologie verdient mehr den Namen eines **Studium im dermatologischen Laboratorium**, als den eines „dermatologischen Kursus". Vor allem bezweckt er nichts weniger als eine Konkurrenz mit den Ferienkursen für praktische Ärzte, wie sie für unser Fach in Wien, Berlin und Breslau abgehalten werden. Ich habe mein „dermatologisches Laboratorium" vor einem halben Jahre eingerichtet, lediglich für die Bedürfnisse solcher Kollegen, welche sich ganz allein der Dermatologie widmen, sei es, dafs dieselben eine rein praktische oder auch theoretische Richtung einschlagen wollen. Bedingungen des Instituts, von denen im Interesse der wissenschaftlichen Arbeiten der Teilnehmer nicht abgegangen werden kann, sind folgende:

1. Jeder Teilnehmer verpflichtet sich auf mindestens ein halbes Jahr; dringend wünschenswert dagegen ist die Teilnahme während eines ganzen Jahres.

2. Alle Teilnehmer wohnen im Institute selbst.

3. Die Kosten belaufen sich für jeden Teilnehmer pro Halbjahr auf 1000 Mark, für vollständige Pension und Unterricht.

4. Ein brauchbares Mikroskop hat jeder Teilnehmer mitzubringen oder sich vom Institut besorgen zu lassen.

Den Teilnehmern, deren Anzahl eine beschränkte ist, steht die volle Benutzung meines gesamten klinischen und poliklinischen Materials frei. Nach festem Turnus wechselt die klinisch-therapeutische Thätigkeit derselben zwischen der Teilnahme an den 2 Visiten in der Klinik, der Morgensprechstunde und der abends abgehaltenen Poliklinik. Die Arbeiten im Laboratorium füllen die ganze übrige Zeit aus und umfassen die Histologie der normalen Haut und der Hautkrankheiten, die Mykologie und Bakteriologie der Haut, nebst Unterricht in der Mikrophotographie. Wöchentlich halte ich 4 Vorlesungen ab, zweimal über Klinik und Therapie der Hautkrankheiten, zweimal über Histologie der normalen und kranken Haut.

Der Eintritt kann jederzeit geschehen, soweit Arbeitsplätze frei sind.

Dr. P. G. Unna.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 20. 15. Oktober 1888.

Über die Verbreitung der Lepra in Rufsland.

Von

Dr. O. Petersen
in St. Petersburg.

Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilidologie auf der 61. Naturforscherversammlung in Köln a. Rhein.

M. H.! Indem ich die Ehre habe, Ihnen, den hier versammelten Vertretern unsrer Spezialfächer, einen Gruſs der russischen Dermatologie zu überbringen, erlaube ich mir für kurze Zeit Ihre Aufmerksamkeit für eine Frage in Anspruch zu nehmen, der bisher noch viel weniger Beachtung geschenkt, als sie verdient, es ist das die Leprafrage.

Wohl gab es eine Zeit, da der Aussatz über ganz Europa verbreitet war und viel Unheil anrichtete. Diese Periode ist nun wohl glücklich überwunden, doch dürfen wir uns nicht mit dem Gedanken beruhigen, Europa sei nun ein für allemal von der Gefahr des Aussatzes befreit. Sie, meine verehrten Herren Spezial-Kollegen, wissen das ja nur zu gut, daſs Europa nicht leprafrei ist.

Als Prof. Kaposi 1885[1] in einer med. Gesellschaft Wiens einen Leprakranken von den Jonischen Inseln vorstellte, sah er sich zu folgendem Ausspruch veranlaſst: „Es ist doch zweifellos, daſs die Lepra auch heute noch keineswegs eine seltene, sondern vielmehr weit verbreitete Krankheit ist.“ Aus der Litteratur ersehen wir, daſs in der That die Lepra in Europa noch viel verbreiteter ist, als man für gewöhnlich anzunehmen geneigt ist.

[1] *Wien. med. Wochenschr.* No. 47—49.

Aufser in Rufsland ist sie endemisch noch in Norwegen, der Türkei (Zambaco), Griechenland[2] und Spanien[3], doch sind ferner auch Fälle von Lepra beobachtet in Frankreich, Italien, Österreich-Ungarn (in Ungarn sah sie Schwimmer, in Wien Kaposi, in Frankreich Lang). Doch auch in Deutschland wurden, wenn auch vereinzelt, so immerhin Fälle beobachtet (Unna in Hamburg und Bäumler stellten 1886 in Wiesbaden 1 Fall vor). Das kann ja auch nicht anders sein, denn jemehr der Weltverkehr Deutschlands wächst, um so häufiger werden auch Lepröse aus allen Weltgegenden nach Deutschland kommen. Ob in den afrikanischen Kolonien Deutschlands Lepra vorkommt, ist mir nicht bekannt, nur weifs ich durch meinen berühmten Landsmann Dr. Juncker, dafs er den Aussatz in Ost-Afrika nicht selten gesehen hat. Jedenfalls kann jeden Augenblick in jeder Gegend Deutschlands ein Leprafall zur Beobachtung kommen, und schon daher verdient dieses Leiden eine besondere Beachtung.

Was nun die Verbreitung der Lepra in Rufsland anbetrifft, so kann ich sagen, dafs sie bisher nur in einzelnen Gegenden Beachtung gefunden, dafs sie aber schon seit lange dort vorhanden.

In den Ostseeprovinzen Rufslands hat sie im 13. Jahrhundert arg gehaust, und bestanden in Livland allein ca. 100 Leproserien. Ebenso wie im übrigen Europa schwand sie allmählich auch dort im 16. und 17. Jahrhundert und geriet allmählich in Vergessenheit.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts nahm der Dorpater Prof. Struve die Leprafrage wieder auf, jedoch erst seit Prof. Wachsmuth (1867) und namentlich unser Landsmann Prof. Ernst von Bergmann (1869) die Lepra in Livland näher studiert, dringt wieder neues Licht in diese Frage. Neuerdings hat sich Prof. E. von Wahl in Dorpat ein grofses Verdienst erworben, indem er eine Reihe seiner Schüler mit der Erforschung der Lepra in den Ostseeprovinzen betraute. (Dehio, Wellberg, Paulson, Hellat.) Nachdem durch dieselben eine bedeutende

[1] Hatzimichalis, Bericht über den Kongrefs griechischer Ärzte vom 3. bis 4. April 1888. *St. Petbg. med. Wochenschr.* No. 33. pag. 274.

[2] Zubiaga, *Annales de Dermat. et. Syph.* Juni 1888.

Anzahl Lepröser in den Ostseeprovinzen nachgewiesen, hat von Wahl den Kampf mit der Lepra begonnen, indem er die Einrichtung von Lepra-Kolonien propagiert, in Dorpat sogar einen Verein zur Unterdrückung der Lepra ins Leben gerufen hat. Auch die Regierung nimmt sich der Lepra ernstlich an, wie folgende Publikation in der offiziellen *Livländischen Gouvernements-Zeitung* im Juli a. c. beweist: „Von einigen Kirchenvorstehern und Gemeindeverwaltungen ist die Frage angeregt worden, in wieweit die Gemeinden das Recht haben, Leprakranke zwangsweise in den für sie errichteten Anstalten unterzubringen. In anbetracht dessen bringt die Medizinalabteilung der Livländischen Gouvernements-Regierung zur allgemeinen Kenntnis, dafs diese Frage durch den Artikel 948 und 949 des Gesetzes für die Medizinal-Polizei entschieden wird. Nach dem genauen Sinne dieser Artikel sind Kranke, welche an ansteckenden oder kontagiösen Krankheiten leiden, separiert von den Gesunden in besonderen Gebäuden unterzubringen. Hierzu hält es die Medizinal-Abteilung für nötig, hinzuzufügen, dafs nach ihrer Meinung die allerbeste Mafsnahme zur Fürsorge für Leprakranke in der Zuweisung besonderer Gebäude seitens der Gemeinden oder Kirchspiele zur Unterbringung von Leprakranken besteht. In diesen Gebäuden müssen die erforderlichen Wirtschaftsgeräte vorhanden sein und die möglichste Reinlichkeit beobachtet werden; ebenso müssen die Kranken mit Proviant und ärztlicher Hilfeleistung versorgt werden."

So steht die Leprafrage in den russischen Ostseeprovinzen. Wenden wir uns nun zu dem übrigen russischen Reiche.

In der Geschichte der Medizin in Rufsland finden wir wiederholt der Lepra Erwähnung gethan. Nach No. 7 der *Chronik des Moskauer Archivs für auswärtige Angelegenheiten* finden wir die Notiz, dafs die Lepra 1462 aus dem Westen nach Rufsland gekommen sei (also zu einer Zeit, wo sie in Deutschland und den damals zu Schweden gehörigen Ostseeprovinzen schon im Schwinden begriffen war). In der Mitte des vorigen Jahrhunderts war die Lepra in Süd-Rufsland schon so verbreitet, dafs sich am 8. Dezember 1776 das geistliche Konsistorium von Woronesch an das Kaiserliche Medizinal-Kollegium

wandte, mit der Frage, ob die Krankheit gefährlich, ob sie heilbar sei und wie lange sie dauere, denn viele Bewohner des Donschen Kosakenlandes bäten um Scheidung, da ihre Ehegatten an der „Krimschen Krankheit“ leiden. Das Medizinal-Kollegium befahl am 5. Januar 1777 den Ärzten GAETANO MIRA, A. JAGODIN, MIEBAIL KOTELNIZKI, Nachrichten über die Krankheit zu sammeln. In ihrem Bericht bezeichneten dieselben das Leiden als Syphilis mit Skorbut. Es ist jedoch mehr wie wahrscheinlich, daſs ein Teil der Kranken jedenfalls Lepröse gewesen. Interessant ist die Thatsache, daſs das Auftreten der Lepra in der im Kaukasus stehenden Wolga-Kosaken-Brigade (1792) mit der Übersiedelung von Familien aus dem Wolga- und Don-Gebiet zusammenfällt. Im Kaukasus ist es ebenfalls bekannt, daſs Kuban-Kosaken, welche zum Don gezogen waren, krank zurückkehrten, und jetzt ist das Kuban-Gebiet reich an Leprösen. In den dreiſsiger Jahren (1835) wurde im Don-Kosakengebiet die erste Leproserie eingerichtet und zwar in Norvo-Tscherkask, und ihr folgte 1847 eine Leproserie im Kaukasus (in Pätigorsk). Es erhellt jedoch aus den Beschreibungen damaliger Zeit, daſs sie vieles zu wünschen übrig lieſsen, muſsten die Inhaber doch oft betteln, um sich zu erhalten. Da ist es denn kein Wunder, daſs die Kranken ungern hingingen oder wegliefen. Bald machte sich auch eine andre Anschauungsweise bei den Ärzten geltend. Prof. KALINSKI machte eine Reise nach Persien, um die dortigen Leproserien zu besichtigen, und kam mit der Ansicht zurück, Lepra sei nicht infektiös. Dieses hatte zur Folge, daſs die Leproserien wieder aufgehoben wurden. Diese Notiz entstammt einer Bemerkung Dr. KRASNOGLJADOWS bei Gelegenheit einer Diskussion über Lepra in der Sitzung der Kaiserl. Kaukasischen med. Gesellschaft vom 16. September 1887, anläſslich der Vorstellung eines Leprakranken durch Dr. E. HAUDELIN in Tiflis. Ob Prof. KALINSKI eine Arbeit über seine Reise veröffentlicht, ist mir unbekannt geblieben, doch herrscht seither bei vielen bis auf den heutigen Tag die Ansicht, Lepra sei nicht infektiös, sondern hereditär. In diesem Sinne schrieb auch Dr. KOSLAVSKI 1860 seine Dissertation über die Lepra im Terek-Gebiet, in welcher er im ganzen über 95 Lepröse berichtet. Nach dieser

Arbeit vergingen ca. 20 Jahre, ohne daſs die Leprafrage irgend wie ernstlich beachtet wurde. Erst als 1879 Prof. G. MÜNCH (in Kiew) während seiner Reise zur Erforschung der Wetlanka-Pest an der Wolga auf Lepröse stieſs und sich mit vielem Eifer dem Studium dieser interessanten und ernsten Krankheit widmete, ist die Leprafrage in Süd-Rufsland in ein neues Stadium getreten. Dieser unermüdliche Forscher hat seit 8 Jahren eine Reihe von Reisen unternommen, in den Kaukasus, an die Wolga, in die Krim und nach Samarkand. Das Ergebnis ist die Zahl von 343 Leprösen, über welche er in dem ersten Bande eines umfangreichen Werkes kürzere oder längere Notizen veröffentlicht hat. Das Programm seines Werkes umfaſst 3 Bände: 1. Material, 2. Geschichte und Pathologie, und 3. die Ätiologie der Lepra und deren geographische Ausbreitung in Rufsland. Bisher ist nur der erste Band erschienen, doch bietet er eine Fülle interessanter Thatsachen. Desgleichen sind zahlreiche, von Prof. MÜNCH selbst aufgenommene Photographien äufserst wertvoll. (Einen kleinen Teil derselben habe ich die Ehre Ihnen hier vorzulegen.) Das Werk verspricht zu dem besten zu werden, was bisher über die Lepra erschienen. — Es scheint Aussicht dazu vorhanden, daſs der von Prof. MÜNCH so energisch befürwortete Kampf gegen die Lepra in Rufsland bald auch von seiten der Regierung die zukommende Beachtung finden wird.

Aus dem soeben Dargelegten ersehen Sie, daſs über die Verbreitung der Lepra in Rufsland bisher wenig genauere Daten vorhanden waren, und erst das letzte Dezennium mehr Licht gebracht hat. In den letzten Jahren hat auch mich die Frage interessiert und unternahm ich es kürzlich, da mir in Petersburg wiederholt Fälle von Lepra zu Gesicht gekommen waren, Daten darüber zu sammeln, und in kurzer Zeit gelang es mir, an der Hand der Daten der dermatologischen Klinik des Prof. POLOTEBNOW (von der Militär-med. Akademie), des weiblichen Kalinkinhospitals (Oberarzt Dr. E. SPERK) und meines eignen Materials am Klinischen Institut der Groſsfürstin HELENE PAWLOWNA 43 Fälle von Lepra zu sammeln, die in Petersburg in den letzten 16 Jahren diagnostiziert worden sind. Natürlich ist wohl eine ganze Reihe übersehen worden, da man bisher wenig daran ge-

wöhnt ist, an Lepra zu denken und die Diagnose Syphilis handgerechter ist.

Über diese Fälle habe ich soeben eine Mitteilung in der *St. Petersburger med. Wochenschrift* und im *Wratsch* veröffentlicht. Näher darauf einzugehen, ist mir hier unmöglich, da ich ohnehin schon fürchte, Ihre Aufmerksamkeit zu mifsbrauchen. Nur die eine Thatsache will ich hier hervorheben, dafs ein grofser Teil aus dem Gouvernement St. Petersburg stammt, somit zur Annahme berechtigt, dafs wir dort Lepranester besitzen. Eine andre Reihe meiner Patienten stammt ferner aus Gouvernements, von denen es bisher unbekannt war, dafs in ihnen Lepra vorkommt. Natürlich will die Herkunft aus einem bestimmten Gouvernement noch nicht beweisen, dafs auch dort die Infektion erfolgt, vielfach ist das aber doch der Fall.

Nachfolgend erlaube ich mir ein kleines Verzeichnis der Fälle mitzuteilen, welche ich sammeln konnte. Im ganzen sind es 793, doch ist diese Zahl der Leprakranken in Rufsland, wie alle Forscher behaupten, viel gröfser. Nach Gouvernements geordnet findet man folgendes über die Verbreitung der Lepra in Rufsland:

Livland	276	Kowno-Gouv.	2
Kuban-Gebiet	110	Charkow „	2
Kurland	79	Saratow „	2
Astrachan	94	Archangel „	2
Turkestan	70	Finnland „	2
Don-Kosaken-Gebiet	54	Warschau „	2
Terek	29	Sibirien „	2
Esthland	26	(Kronstadt	1)
Ufergegend von Ostsibirien	19	Nowgorod-Gouv.	1
Petersburger Gouv.	17	Jaroslaw „	1
Chersonsches Gouv.	10	Mohilew „	1
Taurisches „	3	Wolinisches „	1
Caspi-Gebiet	3	Jekaterinoslaw „	1
Twersches Gouv.	3	Plecken „	1
Witebek „	3		Sa. 817

Aus diesen Zahlen ersieht man, dafs die Hauptherde in den russischen Ostseeprovinzen, in der nördlichen Hälfte des Kaukasus,

im Gouvernement Astrachan und in den zentralasiatischen Provinzen liegen. Um diese Hauptherde disseminiert kommen vereinzelte Fälle vor. Natürlich mufs man vorläufig äufserst vorsichtig mit Schlufsfolgerungen sein, zumal mein Material viel Lücken aufweist, doch scheint mir die Möglichkeit der Annahme vorzuliegen, als ob es sich um eine Ausbreitung vom Zentrum zur Peripherie handelt. Werden mit der Zeit Beobachtungen in dieser Richtung hin fortgesetzt werden, so wird sich die Annahme wahrscheinlich bestätigen und damit die Thatsache erhärtet werden, dafs die Lepra durch stetigen Verkehr immer weiter verbreitet wird.

Da sich immer noch eine Anzahl Forscher auf dem Standpunkte hält, Lepra sei nicht kontagiös, so möchte ich folgende 2 Thesen zur Begutachtung vorlegen:

1. Die Lepra ist eine bacilläre Krankheit, die auf dem Wege des Kontaktes übertragen wird, wobei es möglich ist, dafs für weitere Entwickelung der Bacillen ein bestimmter Nährboden nötig (individuelle Disposition), ähnlich wie bei andern Mikroorganismen, deren Züchtung oft nur auf bestimmten Nährsubstanzen gelingt.

2. Da die Möglichkeit einer Übertragung der Lepra vom Menschen zum Menschen vorhanden, müssen für die Leprösen Kolonien eingerichtet werden, wodurch Isolierung und Verhinderung der Verbreitung erzielt werden kann.

Über Merkurvergiftung bei der Behandlung der Syphilis.

Von

Dr. Schuster
in Aachen.

Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilidelogie auf der 61. Naturforscherversammlung zu Köln.

Bei der merkuriellen Behandlung der Syphilis hat die Furcht vor der nachteiligen Wirkung des Merkurs von jeher Patienten und Arzt mit Recht beschäftigt. Dieselbe geht aber heutzutage von andern Anschauungen aus bei dem zu behandelnden Publi-

kum, als wie bei dem behandelnden Arzte. Das erstere hält noch die auch früher bei den Ärzten bestandene, aber seitdem von letzteren verlassene Anicht fest, der Merkur könne, sich in die Knochen schlagend, Knochenauftreibungen, heftige rheumatische Schmerzen, einen Barometer aus dem Organismus machen; auch sei er im stande, in der irrigen Vorstellung von der Permanenz des einmal eingeführten Merkurs in den Organismus, in demselben schwere Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten hervorzurufen, wie Epilepsie, Lähmungen. Diese aus früheren medizinischen Anschauungen dem Laienpublikum überkommenen und gebliebenen Befürchtungen haben sich, insoweit sie Syphilitische betreffen, als haltlos ergeben; die genannten Krankheitserscheinungen sind nicht sowohl wegen, als wie vielmehr trotz des Merkurgebrauches und zwar meist als Folgen nicht geheilter Syphilis entstanden. Hierhin gehört auch die von Rumpf in seinem Buche: *Syphilis des Nervensystems* ausgesprochene Behauptung, der Merkur, im Primärstadium der Syphilis angewandt, mache zu späteren schweren Affektionen des Zentralnervensystems geneigt. Die Haltlosigkeit dieser Anschauung ergibt sich schon aus der Thatsache, daſs Cerebral- und Rückenmarkslues mindestens ebenso häufig bei den Fällen eintreten kann, welche erst nach Ausbruch allgemeiner reichlicher Erscheinungen mit Merkur behandelt wurden. — Die nachteiligen Merkurwirkungen werden vom Arzte heutzutage vielmehr von dem Gesichtspunkte der direkten Gefährdung des Lebens aus gewürdigt. Hierhin gehören als Einleitung die merkurielle Erkrankung des Darmes, insbesondere des Dickdarmes, sowie die des Mundes, aber auch Anfälle von Erbrechen mit Schwächezuständen, die Zeichen der beginnenden akuten Merkurvergiftung. Diesen gegenüber treten die des chronischen Merkurialismus als minder gefährlich zurück, wie anämische Zustände, Verdauungsstörungen verbunden mit Abmagerung, Mundaffektion mit Kopfschmerzen, Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Nervosität. Der sich mit der Behandlung der Syphilis beschäftigende Arzt hat Gelegenheit in Fülle, über beide Arten des Merkurialismus sich ein Urteil zu bilden. Diese Behandlung hat heute das Streben, unter möglichster Vermeidung nachteiliger Merkurialerscheinungen den Merkur möglichst lange

bei der Syphilis anzuwenden. Hat man doch von französischer Seite den auch in Deutschland teilweise beifällig aufgenommenen Satz aufgestellt, man müsse, um die Syphilis völlig zu tilgen, sie vom Eintritte der sekundären Symptome ab während 5 Jahre, von kleinen Unterbrechungen zur Entlastung vom Merkur abgesehen, mit Merkur behandeln, den Organismus unter dem Merkureinflusse erhalten. Obzwar ich gerade in der neuesten Zeit wieder zwei in dieser Weise von autoritativster Seite behandelte Fälle — der eine derselben hatte sogar 6 Sublimatjahre hinter sich und bot noch Zungensyphilis, der andre Knochensyphilis dar — zur Behandlung bekam, so beweist denn doch die Ausübung des genannten Verfahrens die Gefahrlosigkeit des mit Vorsicht auch noch so lange gebrauchten Merkurs in kleineren Gaben.

Dagegen treten die erwähnten mehr akuten Krankheitserscheinungen nicht selten nach rascher Einverleibung gröfserer Mengen Merkur auf; sie sind insbesondere in den letzten Jahren durch die verschwenderische Anwendung der Sublimatspülungen in der Chirurgie und Geburtshilfe als Einleitung des tödlichen Ausganges wiederholt zum Ausdruck gebracht worden. Obzwar die dreiste Anwendung kräftiger Merkurdosen bei ernster Syphilis sich Eingang verschafft hat, so kann man doch wohl die Behauptung aufstellen, dafs diese trotz vielfältiger Anwendungsweise bei weitem nicht so viele Todesfälle aufzuweisen hat, als wie die erwähnten Sublimatspülungen. Immerhin gaben die letzteren trotz vorhandener älterer als gut bekannter Untersuchungen Veranlassung, zum wiederholten Studium der akuten Merkur- resp. Sublimatvergiftungen. Denn darüber herrscht kein Zweifel, dafs die verschiedenen Merkurpräparate, ob innerlich oder äufserlich angewandt, in ihrer vergiftenden Wirkung dieselben Krankheitserscheinungen machen. Das wurde auch in der Berliner medizinischen Gesellschaft in der Sitzung vom 23. November 1887, wo Virchow über die sehr schweren Darmaffektionen nach äufserlicher Anwendung des Sublimats und grauer Salbe sich warnend erging, von Liebreich während der interessanten Diskussion hervorgehoben.

Es ist nun wichtig, dafs die Sektionsberichte über die infolge Merkurintoxikation Verstorbenen seitens der Nervenzentren

nur von arterieller Anämie, nichts aber von Apoplexien oder Nervendegeneration berichten. Bekanntlich ist das hervorstechendste Zeichen der akuten Merkurvergiftung die nekrotisierende Entzündung des Darmkanals, insbesondere des Dickdarmes, neben heftigen Schmerzen sich kennzeichnend durch Tenesmus und blutige Stühle, im weitern Verlauf Verstopfung der gewundenen Harnkanälchen durch Kalksalze (zuerst 1881 von PRÉVOST beschrieben) und damit verbundene Anurie, dann Lungenödem und Herzlähmung. Bei diesen Erscheinungen kann die Temperatur erhöht oder vermindert sein.

Nach v. MERING, der an Kaltblütern experimentierte, wirkt Merkur herzlähmend. In der jüngsten Zeit hat Herr Dr. KAUFMANN in Breslau die Sublimatintoxikation einer erneuten Untersuchung unterzogen. Er kommt aus seinen interessanten Versuchen an warmblütigen Tieren zu dem Schlusse, dafs das Wesen der Merkurvergiftung auf einer Alteration des Blutes durch das Merkurgift beruht, und zwar gerinnt das Blut entweder direkt im Herzen und den grofsen Gefäfsen (bei den akutesten Vergiftungen der Tiere), oder es gerinnt in vielen Kapillaren, vor allem in den Lungen, den Nieren, dem Darm, der Leber. Der Tod ist die Folge dieser Kapillarverstopfungen. Beim Zustandekommen des Todes konkurrieren Ödem der Lungen, Sauerstoffmangel, konsekutive Insuffizienz des Herzens; in zweiter Linie Anämie des grofsen Kreislaufes und eventuelle Wirkung auf Gehirn und verlängertes Mark einerseits; venöse Hyperämie anderseits, besonders in den Unterleibsorganen infolge erschwerter Zirkulation im portalen Gefäfssystem durch Kapillarverstopfungen in der Leber; ferner die allgemeine Anämie und Kachexie infolge blutig-seröser Diarrhöen und des Untergangs roter Blutkörperchen.

Das hochgradige Ödem der Darmschleimhaut, die Darmblutungen bis zur Nekrose erklärt KAUFMANN durch die Behinderung des Pfortaderkreislaufes, durch die Verstopfung des Kapillarbezirks, die infolge Überausdehnung nachbarlicher Kapillaren zu Blutungen und Nekrose führen müssen.

Bei der so ausgedehnten Anwendungsweise des Merkurs in der Behandlung der Syphilis könnte es fast auffällig erscheinen, dafs hierbei so wenige Todesfälle infolge Merkurvergiftung vor-

kommen resp. bekannt sind. Oder sollte vielleicht, wie VIRCHOW in der erwähnten Sitzung vermutete, auch hier manche anscheinende Darmdiphtherie (oder Gehirnanämie) den Deckmantel für Merkurtod abgegeben haben? Im vergangenen Jahre beobachtete und veröffentlichte BRAUS zwei Todesfälle infolge Merkurinunktionen in der *Deutsch. med. Wochenschrift*; in diesem Jahre veröffentlichte in derselben Wochenschrift Dr. KRAUS aus der Krakauer Klinik einen Todesfall infolge zweier Kalomelinjektionen von je 0,1 Kalomel.

Die Seltenheit letaler Ausgänge infolge merkurieller Syphilisbehandlung mag aber auch darauf beruhen, dafs wir meist bei Zeiten genaue Warnungszeichen vor der nachteiligen Quecksilberwirkung haben. Hierzu gehört bekanntlich die merkurielle Mundhöhlenaffektion, die allerdings bei subkutaner Anwendung unlöslicher Merkurpräparate gefährlich werden könnte. Ein viel wichtigeres Warnungszeichen besteht in dem plötzlichen Auftreten von sich rasch wiederholenden spärlichen Diarrhöen mit schmerzhaften Koliken und Tenesmus, wobei die geringen schleimigen Stuhlmassen bald blutige Färbung annehmen können. Diese oft unerwartet nach vorheriger Stuhlverhaltung oder einem salinischen Abführmittel oder einer schweren Speise sich einstellende Darmaffektion ist um so bedeutungsvoller, als sie häufig ohne eine Andeutung merkurieller Mundaffektion auftritt.

In der bereits erwähnten Diskussion der Berliner medizinischen Gesellschaft sprach JACUSIEL von einer merkuriellen Darmaffektion, die auf eine einmalige Anwendung von 2 Gramm grauer Salbe eintrat.

Ich sah in diesem Jahre bei einem infolge eines akuten Gelenkrheumatismus anämischen Rekonvaleszenten, dessen alte wahrscheinlich luetische Kopfschmerzen ihn aufs neue plagten, nach einer Injektion von 0,005 Cyanquecksilber mehrere Tage anhaltende Blutdiarrhöen auftreten. Ein andres Mal sah ich nach einer Kalomelinjektion von 0,05 bei einem schwächlichen mit Periostitiden der Schädelknochen behafteten Kranken eine heftige Salivation mit Kräfteverfall bedenklicher Art. Augenblicklich behandle ich eine schwächliche anämische, mit zerfallenden Gummen und Periostitis behaftete Dame, die nach wenigen

Inunktionen von 3 Gramm grauer Salbe von Schwäche mit Erbrechen befallen wird. Das Unwohlsein schwindet mit dem Aussetzen des Medikaments. Es scheinen also schwächliche Konstitutionen auch auf kleine Merkurgaben empfindlich reagieren zu können.

Man muſs demnach bei schwächlichen oder anämischen Kranken mit den Quecksilbergaben sehr vorsichtig sein, insbesondere da, wo Anämie des Gehirns vermutet wird. Bei der Merkurdiarrhöe ist, wie überhaupt bei begonnenem Merkurialismus, das Aussetzen der Merkurbehandlung erforderlich; vermutet man im Colon oder Rectum noch Kotballen, so wird man sie und damit den lästigen Stuhlzwang durch eine Rizinusölwirkung meist rasch beseitigen, eventuell eine Morphiuminjektion in die Nähe des Afters oder Opium innerlich nachschicken. Gesellt sich Erbrechen und Herzschwäche hinzu, so werden bei der dann schon ernsteren Lage Analeptica, Äther, Kampferöl subkutan injiziert, erforderlich. KAUFMANN erwähnt unter seinen mit Merkur schwer Vergifteten eines durch groſse Sublimatdose per os Vergifteten mit Erbrechen, blutigen Stühlen, Kräfteverfall, wo eine Gabe von 0,002 Atropin die mangelnde Speichelabsonderung in Gang und damit rettende Besserung brachte.

In solchen verzweifelten Lagen dürfte demnach das Atropin vor dem herzschwächend wirkenden Pilokarpin als speichelbeförderndes (?) Mittel den Vorzug verdienen.

Erbrechen und blutige Stühle resp. Darmblutungen während einer Merkurbehandlung können aber dennoch nur im allgemeinen, aber nur nicht immer als deren Folge angesehen werden. Bei dem dann vorhandenen Ernst der Lage ist eine irrtümliche Diagnose für das Leben entscheidend.

Folgender von mir im vergangenen Jahre behandelter Fall, der von dem zur Konsultation hinzugezogenen Kollegen gegen meine Ansicht als Merkurvergiftung aufgefaſst wurde, mag dazu den Beleg geben.

Im vergangenen Jahre wurde mir ein mit allen Zeichen der Tabes auf syphilitischer Grundlage behafteter, kräftig gebauter 36jähriger Patient aus Irland zur Behandlung zugeschickt. Die starren, ungleich erweiterten Pupillen, der Verlust der Knie-

reflexe, die Ataxie, der gelähmte tabische mit Unterstützung des Vaters bewerkstelligte Gang, die Parese der Blase, die Konstipation liefsen keinen Zweifel an der Tabesdiagnose. Aufserdem bestanden Schmerzhaftigkeit der Rückenwirbel, von hier ausgehendes schmerzhaftes Panzergefühl mit Anfällen von Erbrechen (gastrischen Krisen?) und zeitweise Hämorrhoidalblutungen der äufserlich sichtbaren Hämorrhoiden. Unter dem Gebrauche einer vorsichtigen Inunktionskur mit Bädern — Patient nahm innerhalb 31 Tagen 15 Inunktionen! — trat eine entschiedene Besserung der Blase und des Gehens ein. In der 3. Woche stellten sich heftige Brechanfälle ein, die ich als von den schmerzhaften Dorsalwirbeln ausgehend auffafste; 7 Tage vor seinem Tode erwähnte der Kranke nebenbei, dafs das rechte Ohr laufe. Auf genauere Erkundigung erfuhr ich, dafs das Ohr schon seit seiner Kindheit zeitweise laufe. Mir der Gefahr jahrelang sich hinziehenden Ohrenausflusses bewufst, fand ich die Felsenbeingegend schmerzfrei. Die Untersuchung des Gehörganges ergab an der Stelle des Trommelfelles eine rötliche Granulation. Eine wiederholte Einträufelung einer Boraxlösung verminderte den Ausflufs. Sonntag hatte Patient wieder Brechanfälle und blutigen Stuhlabgang; Merkur war ausgesetzt. Am Abend fand ich zum ersten male Fiebertemperatur von 39°. Das Betasten hinter dem Ohr ergab eine geringe Empfindlichkeit des processus mastoideus. Ich hatte die Befürchtung der Abscedierung im Felsenbeine und verlangte die Eröffnung des Warzenfortsatzes. Andern morgens erschien Patient fieberfrei und wohl, war schmerzfrei hinter dem Ohre; mittags wieder Erbrechen, abends nach vorhergehendem Schüttelfrost Temperatur 40,3 °. Für mich war die Diagnose wahrscheinlicher Pyämie infolge Eiterung vom Felsenbein aus fertig; andern morgens war die Temperatur 37°, aber wiederholtes Erbrechen und Rektalblutung. Die wegen wiederholt verlangter Resektion veranlafste Konsultation mit einem Chirurgen fand abends statt, als Patient wieder stark fieberte, und beim Betasten nur über Schmerz im Occiput klagte. Ich verhehlte mir nach den wiederholten remittierenden Fieberanfällen nebst fortbestehendem Erbrechen und Ungleichheit der Pupillen auch dem Kollegen gegenüber nicht bei der Möglichkeit des

Durchbruchs in die Schädelhöhle, die geringe Aussicht der Eröffnung der pars mastoidea; meinte aber, dafs wir sie versuchen müfsten. Darauf erwiderte der Kollege, da er keinen Schmerz hinter dem Ohre fand: „Haben Sie die neulich erschienenen Bratschen Fälle gelesen? Der Fall macht auf mich den Eindruck der Merkurvergiftung! Geben wir ihm Opiumtinktur in Klystierform; heute Abend kann doch nicht operiert werden und morgen früh wollen wir die Sache weiter besprechen.“ So geschah es.

Warum dachte ich auch nicht an Merkurvergiftung bei 15 Inunktionen innerhalb 30 Tagen? Andern morgens bei unserm Besuche war Patient fieberfrei, er brach nicht, antwortete vernünftig, klagte über keine Schmerzen; für meinen Kollegen war der Fall abgelaufen, eine weitere Konsultation sei nicht nötig. Sollte ich mich so schrecklich geirrt haben? Sollte mir, der ich mich keiner heftigen Merkurintoxikation mit remittierendem hohen Fieber und so starkem Erbrechen in meiner Praxis erinnerte, unbewufst hier eine Merkurvergiftung passiert sein?

Ich ersuchte um eine nochmalige Konsultation am Abend; sie wurde auf den andern Tag verschoben. Aber denselben Abend noch um 5 Uhr trat unter heftigem Schüttelfrost Besinnungslosigkeit ein, als ich bald darauf zu dem Kranken kam, fand ich ihn moribund. Er starb denselben Abend 11 Uhr.

Die Sektion des Schädels konnte erst einige Tage nachher von dem Hausarzte des Luisenhospitals, Herrn Dr. van Rey gemacht werden. Das Sektionsprotokoll lautet:

Äufserlich fällt am Schädel eine hämorrhagische Diffusion der Haut um das rechte Ohr bis zum Kinn auf, die nach hinten um das Occiput bis zum linken Ohr reicht. Der rechte meatus auditorius externus ist mit Eiter gefüllt.

Nach Entfernung der Galea und Abtrennung der dura mater ist diese mit der pia mater an der falx cerebri verwachsen.

Bei der vorsichtigen Ablösung des Gehirns zeigt sich im hintern Lappen der rechten grofsen Hemisphäre entsprechend der rechten Schläfenbeingrube ein Efslöffel voll Eiter. Die Furche zwischen rechtem Lappen des Kleinhirns und rechtem Hinterlappen des Grofshirns ist mit Eiter belegt. Die vordere, obere und hintere Fläche des rechten os petrosum zeigt eine

blaurot verfärbte hämorrhagisch infiltrierte Dura, während die entsprechende linke Dura blafs aussieht. Es besteht noch aufserdem blaue Verfärbung der Arachnoidea beider Schläfelappen und beider fossae Sylvii sowie der entsprechenden Hirnsubstanz.

Anatomische Diagnose: Pachymeningitis purulenta, ausgehend vom os petrosum. Hiernach ist die Todesursache infolge Durchbruchs des Eiters in die Schädelhöhle klar gestellt. Ob die Eröffnung des Felsenbeines nach eingetretenem Fieber noch rettend wirken konnte, mag ja fraglich sein. Vielleicht waren die schon lange vorhandenen scheinbaren gastrischen Krisen nichts Andres, als Zeichen bereits bestandener Meningitis. Immerhin mufste ich mit Rücksicht darauf, dafs post mortem der äufsere Gehörgang mit Eiter gefüllt war, es sehr bedauern, dafs wir nicht wenigstens die sichtbare Granulation entfernt hatten, die wahrscheinlich den Eiterabflufs während des Lebens behinderte.

Der Fall ist aber eine Aufforderung für den Syphilidologen, die einzelnen Spezialitäten immer besser kennen zu lernen; er wird dann in dem Bewufstsein der Gefahren, die eine Merkurbehandlung zur Folge haben kann, seinen Kranken immer mehr von Nutzen sein.

Zur Frage der Kontagiosität der Alopecia areata.

Von

Dr. P. J. Eichhoff,

dirig. Arzt der Abtlg. für Hautkrankheiten u. Syphilis im städt. Krankenhause zu Elberfeld.

Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilidologie auf der 61. Naturforscherversammlung in Köln a. Rhein.

M. H. Sie alle kennen ja den grofsen Kampf, der sich in den letzten Jahren um die Ätiologie der Alopecia areata in der Litteratur und auf Versammlungen, wie die heutige, entwickelt hat; zum Teil haben Sie ja selbst wacker und siegreich mit-

gekämpft; aber beendet ist der Kampf noch nicht; die Entscheidung steht noch aus.

Sie alle wissen, wie sehr die Verfechter der neuropathischen Ätiologie besonders durch die Arbeiten von Joseph, Behrend und Michelson heute im Vorteil sich befinden vor den Anhängern der parasitären Theorie, die hauptsächlich vertreten ward durch Thin, von Sehlen, Buchner, Eichhorst, Lassar.

Sie alle kennen ja auch den Inhalt dieser meist sehr tüchtigen und fleifsigen Arbeiten, und ich will deshalb hier nicht näher auf die einzelnen eingehen.

Nun werden aber gerade in allerletzter Zeit wieder von berufenen ausländischen Fach-Kollegen Thatsachen veröffentlicht, welche sehr dazu angethan sind, die parasitäre Theorie zu stützen oder doch wenigstens deren Berechtigung nicht so ganz und gar wegstreiten zu lassen.

Zunächst wird von Robinson aus New York in den *Monatsheften für praktische Dermatologie* ein längerer Artikel veröffentlicht, der nach einer allseitigen Betrachtung über den heutigen Stand der Alopecia areata-Frage die Resultate Robinsons dahin zusammenfafst, dafs ein bestimmter, sehr tief um die Gefäfse gelagerter Mikrokokkus die Ursache der Krankheit sei.

Ferner hielt am 26. Juni d. J. Leloir in der Sitzung der Akademie der Medizin einen Vortrag: De la pelade et des peladoïdes. Auch dieser Vortrag gibt der parasitären Theorie wieder neue Nahrung und Aufschwung. Von 92 reinen Alopecia areata-Fällen machte Leloir drei Klassen je nach den ätiologischen Momenten.

36 Fälle waren rein neuropathischer Natur; 35 Fälle waren von unbestimmter Ursache; 21 Fälle dagegen waren ganz sicher parasitären Ursprunges.

Endlich hielt Besnier am 31. Juli d. J. in der Akademie der Medizin eine Vorlesung sur la pelade, deren Endresultat das ist, dafs die Alopecia areata kontagiös sei, wobei eine neuropathische Prädisposition nicht ausgeschlossen zu sein scheine.

Diese neueren Mitteilungen veranlassen mich, aus meiner Praxis eine Erfahrung mitzuteilen, die für mich, seitdem ich sie gemacht habe, in bezug auf meine Stellung zur Ätiologie der

Alopecia areata maſsgebend war. Meine Beobachtungen datieren aus den Jahren 1884—1886. Damals habe ich sie nicht öffentlich mitgeteilt aus verschiedenen Gründen, wohl habe ich mit einem angesehenen Fachkollegen zur Zeit darüber Korrespondenz geführt. Das Versäumte hole ich im Interesse der Sache jetzt nach.

Während ich in den Jahren 1876—1884 Alopecia areata relativ selten, vielleicht 4—6 mal im Jahre, in meiner Praxis sah, kamen mir vom April 1884 bis zum März 1886, also in zwei Jahren, plötzlich 36 Fälle in Behandlung, ohne daſs sich die Anzahl meiner übrigen hautkranken Patienten während dieser Zeit entsprechend vermehrt hätte. Mit einem Worte, ich beobachtete während der angegebenen Zeit eine Epidemie von Alopecia areata.

Die angegebenen 36 Fälle haben klinisch den reinen Typus der Alopecia areata, und zweifelhafte Fälle habe ich nicht zu ihnen gezählt. Hatte ich doch zur selbigen Zeit Gelegenheit zur Beobachtung von Herpes tonsurans capillitii. Eine Verwechselung mit dieser Krankheit schlieſse ich für meine 36 Fälle vollständig aus, einmal weil ich keinen Trichophyton bei ihnen fand, zum andern aber wegen des ausgeprägt typischen klinischen Bildes.

Bei der Nachforschung nach der Ätiologie ergab sich die auffallende Thatsache, daſs 10 von diesen 36 Patienten Kunden ein und desselben Friseurs waren, und daſs sie alle den Ausbruch der Krankheit kurze Zeit nach dem Haarschneiden resp. Frisieren und Bürsten durch diesen Friseur bemerkten.

Je 7 und 4 andre Patienten wohnten in dem gleichen Orte auswärts; ich konnte zwar keine so evident gemeinschaftliche Ursache für sie herausfinden, aber immerhin war die Anzahl der Erkrankungen für den Ort in der angegebenen Zeit auffallend groſs, so daſs ich nicht anstehe, diese 11 Fälle ebenfalls als durch Übertragung hervorgerufen zu betrachten. 3 Patienten wurden nach heftigen Gemütserregungen von der Krankheit befallen, bei den andern 12 Fällen konnte ich keine bestimmte Ursache konstatieren. Nachdem der oben angeführte Friseur nun auf die Sache aufmerksam gemacht und zu einer Desinfektion seiner Utensilien veranlaſst wurde, kamen von dort keine

Fälle mehr vor; und seit 1887 bin ich wieder auf die Beobachtung von ca. 5—6 Alopecia-Fällen pro anno beschränkt. Die Behandlung der Alopecia areata war und ist bei mir stets eine antiparasitäre, und zwar mit Erfolg.

Ziehen wir die Konsequenzen dieses Faktums, so gelangen wir zu folgendem Resultate:

1. In einer gegebenen Zeit treten merkwürdig viele Alopecia areata-Fälle auf: 3—4 mal so viel als normal.

2. ca. 30 % dieser Fälle sind sicher auf Kontagion zurück zuführen (10 von 36), während andre 30 % (7 und 4) auch verdächtig auf gemeinsamen Ursprung sind.

3. 9 % der Fälle lassen sich auf Gemütserregungen zurückführen.

4. Bei 31 % dieser Fälle ist kein bestimmtes ursächliches Moment zu finden.

Ich stelle mich demnach nach meinen Erfahrungen ganz auf den Standpunkt Leloirs, dem sich auch noch viele andre Autoren, wie Unna, Besnier und andre anschliefsen, und behaupte: die Alopecia areata kann verschiedene Ursachen haben; eine trophoneurotische und eine parasitäre Ätiologie sind erwiesen.

Ich schliefse daraus weiter, dafs die Alopecia areata keine Krankheit sui generis, sondern das gleiche oder sehr ähnliche Symptom verschiedener Erkrankungen ist, mindestens von zweien.

Es ist deshalb zu überlegen, ob man nicht für die Klarheit des Begriffs und die Einigkeit unter den Kollegen besser fährt, wenn man den alleinigen Namen Alopecia areata ganz fallen läfst und die Erkrankung jedesmal mit einem Namen belegt, der mehr Rücksicht auf die Ätiologie zu nehmen hat: etwa Al. ar. trophoneurothica und Al. ar. parasitaria.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium.

Über Pasten.

Von

Dr. Hans Gruendler
in Hamburg.

Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilidologie auf der 61. Naturforscherversammlung in Köln a. Rhein.

Zu den vielfachen Fortschritten, die wir in den letzten zehn Jahren in der Dermatotherapie zu verzeichnen haben, gehört auch entschieden die Einführung der Pastenbehandlung, besonders beim Ekzem in allen seinen Formen, die wir Lassar und Unna verdanken, welche beide zu fast gleicher Zeit und unabhängig voneinander ihre Pasten konstruierten und in die Hauttherapie einführten. Lassar wurde hauptsächlich dadurch zur Herstellung seiner Pasten veranlafst, dafs viele seiner Patienten Salben, ganz abgesehen davon, ob sie frisch oder in zersetztem Zustande auf die Haut gelangten, überhaupt nicht vertragen konnten, während Unna infolge der Opposition, welche viele seiner Patienten einer totalen Einfettung des Körpers entgegenbrachten, und hauptsächlich durch den Vorzug der Billigkeit gegenüber den Salben bei ausgedehnterem Verbrauche zur Herstellung seiner Pasten bewogen wurde.

Lassar konstruierte seine Pasten aus 2 Tln. Vaselin und 1 Tl. Amylum und Zinkoxyd unter Zusatz von 2 % Acid. salicylic. und nannte sie „Salicylpasten". Wollte man diese Nomenklatur fortführen, so hätte man für jedes Medikament die Pasten nach diesem letzteren zu bezeichnen. Dies würde durchzuführen sein, wenn es nur eine bestimmte Pastengrundlage gäbe; da es aber eine solche weder jetzt gibt, noch in Zukunft geben wird, so ist die nächste Einteilung der Pasten nach dem pulverförmigen und fettigen Hauptbestandteil vorzunehmen. Demnach wird die Lassarsche Paste nicht als eine „Salicylpaste", sondern als „salicylhaltige Zinkamylum-Vaselinpaste" anzusehen sein, wie dies schon Unna hervorgehoben hat.

Unter den damals von UNNA empfohlenen Pasten nenne ich die Bolus-Leinölpaste, die Bleiessigpaste und Bleiessig-Amylumpaste, welche sämtlich der Vorzug grofser Einfachheit und Wirksamkeit auszeichnet. Inzwischen hat auf der UNNAschen Klinik eine durchgehende Vereinfachung in der Komposition aller Pasten stattgefunden; als Pastengrundlage dient jetzt eine Zinkpaste, welche aus der gewöhnlichen Zinkbenzoesalbe durch Zusatz von Kieselgur hergestellt wird.

Die bisherige Erfahrung hat gelehrt, dafs der Vorzug der Pastengrundlagen im Gegensatz zu den verschiedenen Salbengrundlagen auf zwei Faktoren beruht. Einerseits sind die Pasten imstande, während die Behandlung mit fettigen Vehikeln fortgeführt wird, die Sekrete und Exkrete der kranken Haut aufzusaugen, während rein fettige Vehikel die wässerigen Sekrete aufstauen, die öligen dagegen, wenn auch nicht zurückhalten, so doch ihrerseits nicht aufzusaugen vermögen. Anderseits hinterlassen die Pasten nach der Einverleibung einen festen, puderartigen Rückstand auf der Haut, welcher nicht blofs für den mit ausgedehnten Hautkrankheiten behafteten Patienten weit angenehmer ist, als eine Salbendecke, sondern auch einen Teil des Medikaments auf den betreffenden Hautstellen fixiert, während der Rest eingeriebener Salben sich leicht von der Oberfläche abwischen läfst.

Wir müssen also, wenn wir Pasten den Salben substituieren, uns bewufst bleiben, dafs wir einen Teil der Impermeabilität und damit der Tiefenwirkung der Salbe aufgeben zu gunsten zweier neuer Vorzüge: einerseits der Aufsaugung, anderseits der Fixierung des medikamentösen Restes in einer trockenen Decke.

Es frägt sich nun, — den fettigen Anteil aller Pasten als gleich angenommen — welche Pulver aus dem Mineral- und Pflanzenreiche am geeignetsten sind, diesen beiden Forderungen gerecht zu werden, welche wir an eine jede Paste zu stellen haben. Es ist klar, dafs die eine Seite der Frage, nämlich die Aufsaugungsfähigkeit einer einfachen experimentellen Erforschung fähig ist; wir haben nur nötig, das vorher abgewogene Pulver gründlich mit Wasser oder Öl in Kontakt zu bringen, um aus der Gewichtszunahme zu erfahren, wieviel Wasser oder Öl es aufzunehmen imstande ist.

Bei der Auswahl der Pulver ging ich von dem Prinzip aus, nur unzersetzliche, billige, in gröfseren Massen leicht zu beschaffende, pulverförmige Substanzen anzuwenden, welche keinenfalls einen reizenden Effekt an und für sich auf die Haut ausüben.

Da sämtliche Pasten hauptsächlich für entzündliche Hautkrankheiten gebraucht werden, so war eine entzündungswidrige Eigenschaft der betreffenden Pulver gern in den Kauf zu nehmen. Hierdurch beschränkt sich die experimentelle Prüfung der pulverförmigen Zusätze auf die Reihe weniger Substanzen.

A. Mineralische Pulver.

1. Kieselgur oder Infusorienerde (verschiedene Sorten).
2. Talcum.
3. Bolus alba.
4. Creta.
5. Calcaria carbonica.
6. Magnesia carbonica.
7. Zinkoxyd.

B. Pflanzliche Pulver.

1. Amylum.
2. Lycopodium.
3. Kaffee.

Die erste Versuchsreihe stellte ich auf Anraten von Herrn Dr. Unna in folgender Weise an:

Ein vollständig trockener Glastrichter wird am Halse durch einen lockeren Wattepfropf, welcher als Filter dient, geschlossen. Hierauf wird der Wattefilter vorsichtig so lange mit Wasser angefeuchtet, bis er sich vollständig vollgesogen hat. Nachdem das überschüssige Wasser aus dem Pfropfen abgetropft ist, wird auch der im Trichterhalse zurückbleibende Wassermeniskus durch ein zusammengedrehtes Stück trockener Watte beseitigt. Sodann wird der Trichter mit dem angefeuchteten Wattefilter gewogen und hierauf eine genau abgewogene, bestimmte Menge (10 g) des zu untersuchenden Pulvers auf den Trichter lose geschüttet. Man setzt den so vorbereiteten Glastrichter in eine feucht gehaltene Kammer und füllt von Zeit zu Zeit den im Trichter zurück-

bleibenden Raum mit Wasser an, welches langsam durch die Pulvermasse hindurchfiltriert. Gewöhnlich genügt, wie Kontrollversuche bewiesen, eine viermalige Auffüllung des Trichters, um eine maximale Wasseraufnahme des Pulvers herbeizuführen. Die Trichter werden in diesem Zustande eine ganze Nacht in der feuchten Kammer gelassen, und dann, nachdem noch der neue Wassermeniskus aus dem Trichterhalse entfernt ist, aufs neue gewogen. Die Gewichtszunahme ergibt nun die maximale Wassermenge, welche eine bestimmte Gewichtsmenge des Pulvers aufzunehmen imstande ist, ohne dafs die Genauigkeit des Resultates durch mechanisch anhaftendes Wasser oder durch eine, während des Versuches eintretende Verdunstung beeinträchtigt wird.

Zur Kontrolle dieser Methode, welche ich kurz die Trichtermethode nennen will, versuchte ich auf Rat von Herrn Dr. Mielck noch eine andre.

Während bei der Trichtermethode die Schwerkraft der Flüssigkeit die kapilläre Aufsaugungsfähigkeit des Pulvers unterstützt, garantiert bei dieser zweiten Methode die Differenz des spezifischen Gewichtes die notwendige und vollkommene Mischung von Pulver und Flüssigkeit.

Aus fein durchlochtem Zinkblech liefs ich Kasten von 5 Kubikzentimer Inhalt anfertigen und mit einem soliden Deckel aus Zinkblech versehen. Die durchlochten Seiten des Kastens werden mit Filtrierpapier ausgekleidet und hierauf das Papier bis zur vollständigen Sättigung mit Wasser angefeuchtet. Nachdem alles überschüssige Wasser von den Kasten durch Abwischen und Abtropfen entfernt ist, werden die so vorbereiteten Kasten gewogen und nach Einfüllung des betreffenden Pulvers von neuem gewogen.

Während bei der Trichtermethode gleiche Gewichtsmengen, aber wegen des verschiedenen spezifischen Gewichtes der Pulver sehr verschiedene Quantitäten verglichen werden, kommen bei dieser neuen Methode, welche ich kurz die Kastenmethode nennen will, gleiche Volumina von sehr verschiedenem, absolutem Gewicht zur Vergleichung. Die gewogenen Kasten werden sodann in ein geschlossenes, mit Wasser gefülltes Glasgefäfs versenkt und nach

längerer Zeit wieder herausgenommen. Kontrollversuche ergaben, dafs eine Zeit von 12 Stunden in jedem Falle zur vollkommenen Sättigung genügt. Vor dem Wägen der Kasten kommen dieselben noch einmal zum vollkommenen Abtropfen in einen feucht gehaltenen, geschlossenen Raum. Die Gewichtsdifferenz zwischen trockenem und feuchtem Pulver ergibt hier ebenfalls ein direktes Mafs für die Aufsaugungsfähigkeit desselben.

Um die Aufsaugungsfähigkeit für Öl zu prüfen, versuchte ich sowohl die Trichter- wie die Kastenmethode, indem ich für das Wasser gewöhnliches Rüböl substituierte. Es stellte sich dabei heraus, dafs die Differenz der spezifischen Gewichte, wie sie bei der Kastenmethode in Frage kommt, entgegen der Schwerkraft nicht genügte, um eine vollkommene Mischung von Pulver und Öl herbeizuführen. Dagegen ergab die Trichtermethode auch hier brauchbare Resultate, wenn man mehrere Tage hintereinander immer neue Ölquantitäten auf den Trichter gofs. Gewöhnlich zeigte sich noch am zweiten Tage eine kleine Gewichtsdifferenz des Trichters gegen den vorigen Tag, am vierten Tage konnte dieser Versuch stets als abgeschlossen gelten. Selbstverständlich erfordern die Trichterversuche mit Öl keinen Aufenthalt in der feuchten Kammer.

In der folgenden Tabelle (s. nächste Seite) sind der Übersichtlichkeit wegen die durch die Kastenmethode gewonnenen Zahlen alle auf die Gewichtsmenge von 10 g trockenen Pulvers umgerechnet.

In der ersten Kolumne finden sich die Resultate der Trichtermethode für Wasser, in der folgenden die der Kastenmethode mit Wasser, in der dritten die Mittel aus beiden vorhergehenden, welche mit den Resultaten der Öltrichtermethode, die in der vierten Kolumne stehen, verglichen werden können.

Die Pulver sind in der Tabelle bereits nach ihrer Aufnahmefähigkeit für Wasser geordnet, und man übersieht mit einem Blick, dafs auch die Aufnahmefähigkeit für Öl fast genau dieselbe Stufenleiter innehält. Bei den Pflanzenpulvern ist in der Wasser- und Ölaufnahme insofern ein Unterschied, als der Kaffee sehr leicht Wasser, aber sehr wenig Öl aufnimmt, dort also vor dem Amylum, hier hinter demselben zu stehen kommt.

Versuchstabelle.

A. Mineralische Pulver.

Es absorbieren 10 g	I. H_2O-Trichter-methode	II. H_2O-Kasten-methode	Mittel aus I u. II	Öl-Trichter-methode
Magnesia carbonic.	60,04	51,60	55,82	74,98
Kieselgur U.	42,43	42,99	42,66	41,59
„ I.	41,92	36,12	39,02	38,21
„ T.	40,82	36,07	38,44	33,49
„ 7.	37,70	33,44	35,57	22,47
„ 5.	36,86	34,18	35,52	31,42
„ 2a	33,70	34,32	34,01	33,70
„ IV.	30,90	34,98	32,94	39,43
„ 6.	29,22	27,44	28,33	25,05
„ H.	28,67	26,94	27,80	29,18
Bolus alba	19,51	13,13	13,32	8,00
Zinkoxyd	13,11	10,77	11,94	13,54
Calcaria carbonic.	5,91	6,33	6,12	6,11
Talcum	6,62	5,35	5,98	4,98
Creta	3,84	4,59	4,21	4,63

B. Pflanzliche Pulver.

Kaffee	17,30	16,82	17,06	1,32
Amylum	9,35	11,33	10,34	9,12
Lycopodium	—	5,37	5,37	—

Als aufsaugungsfähigstes in jeder Beziehung erwies sich Magnesia carbonica. Die Unterschiede zwischen diesem Salz und dem chemisch nahestehenden kohlensauren Kalk sind, was die Aufsaugungsfähigkeit anbetrifft, ganz enorme und unerwartete. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dafs die kompliziert gebaute Oberfläche der zierlichen mikroskopischen Kristalle dieser Substanz ebensosehr für dieses Resultat in Betracht kommt, wie das ganz besondere, niedrige Atomgewicht des Magnesiums. Die Magnesia carbonica nimmt durchschnittlich das $5^1/_2$fache ihres Gewichtes an Wasser, das $7^1/_2$fache des Gewichtes an Öl auf.

Unmittelbar nach der Magnesia carbonica kommen die verschiedenen Sorten von Kieselgur, welche in der Aufsaugungs-

fähigkeit keine bedeutende Differenzen zeigen, durchschnittlich das 3—4fache ihres Gewichtes. Die gröfste Aufsaugungsfähigkeit vor allen besitzt die mit U bezeichnete Sorte.

Bolus alba und Zinkoxyd stehen der Kieselgur von den übrigen mineralischen Pulvern am nächsten, etwa auf gleicher Stufe mit dem Amylum unter den Pflanzenpulvern. Diese drei pulverförmigen Substanzen, Bolus alba, Zynkoxyd und Amylum, welche bisher die meiste Verwendung unter unsern Pasten gefunden haben, nehmen praeter propter alle etwas mehr als ihr eignes Gewicht von Öl und Wasser auf.

In letzter Linie kommen Calcaria carbonica, Talcum, Kreide und Lycopodium unter den Pflanzenpulvern.

Eine besondere Stellung nimmt der Kaffee ein, welcher bekanntlich mit Wasser sich ausgezeichnet mischt (etwas mehr als das $^1/_2$fache seines Gewichtes), dagegen sehr wenig Öl aufnimmt. Einerseits aus diesem Grunde, anderseits weil er bei der Wasseraufnahme lösliche Bestandteile an dasselbe abgibt, mithin nicht zu den indifferenten Pulvern gehört, wird er schwerlich als Pastengrundlage für dermatologische Zwecke eine Rolle spielen können. Ich habe ihn nur in die Versuchsreihe aufgenommen, weil er neuerdings wegen seiner Aufsaugungsfähigkeit und antiseptischen Wirkung gerühmt wurde.

Calcaria carbonica ist nach Ausweis aller Kolumnen etwas aufsaugungsfähiger, als Kreide, das unreine Präparat von kohlensaurem Kalk. Bei Lycopodium ist bemerkenswert, dafs im Trichter weder eine Aufnahme von Wasser noch von Öl stattfindet, dafs dagegen im Kasten eine mäfsige Wasseraufnahme erzwungen wird. Die feinhaarige Beschaffenheit des Lycopodiumsamens führt eine so dichte Besetzung desselben beim Eintauchen in Flüssigkeit mit Luftkügelchen herbei, dafs die Aufnahme jeder Flüssigkeit hierdurch verhindert wird.

Im grofsen und ganzen ergibt sich aus der Vergleichung der angeführten pulverförmigen Substanzen, dafs die folgenden 4, welche bisher schon zur Konstruktion der Pasten verwandt wurden, nämlich Kieselgur, weifser Bolus, Zinkoxyd und Amylum, diese Bevorzugung auch wirklich verdienen. Die mitgeprüften Substanzen Calcaria carbonica, natürliche Kreide, Tal-

cum, Lycopodium, können, wenn die Aufsaugungsfähigkeit des Pulvers als Mafsstab ihres Wertes zu Grunde liegt, nicht mit den genannten konkurrieren.

Eine ganz besondere Stellung in dieser Beziehung — und dieses erscheint mir als das wichtigste Resultat meiner Versuchsreihe — nimmt die kohlensaure Magnesia ein. Ihre Aufsaugungsfähigkeit übertrifft bei weitem diejenige der kleinen Kieselpanzer der Infusorienerde.

Ich versuchte natürlich sofort, ob die mit dieser Substanz hergestellten Pasten auch praktisch vor den bisherigen Pasten Vorzüge besäfsen. Dabei ergab sich ein eigentümliches Resultat: die, sei es mit leicht flüssigen Ölen, sei es mit festen Fetten hergestellten Verreibungen der kohlensauren Magnesia ergaben niemals gute Pasten in dem Sinne, dafs nach der Verreibung auf der Haut eine puderartige feste Decke zurückblieb. Selbst wenn man mit dem Prozentgehalt dieses Pulvers weit höher stieg, als man es bei den bisherigen Pulvern nötig hatte, besafsen die Mischungen immer mehr die Konsistenz eines weichen klebrigen Kittes, als einer Paste. Die Pulvernatur der kohlensauren Magnesia verlor sich förmlich, sie ging auf in den damit verriebenen Fetten.

Während also die Magnesia carbonica unsrer ersten Forderung, eine grofse Aufsaugungsfähigkeit zu besitzen, überaus reichlich Genüge thut, erfüllt sie die zweite, einen trockenen Rückstand zu hinterlassen, nicht im geringsten. Sie besitzt, um mich kurz so auszudrücken, zu wenig „Körper", um eine Pastengrundlage zu liefern.

Wenn mithin die Magnesia carbonica bei der Bereitung der Pasten verwertet werden soll, so mufs ihr eine pulverförmige Substanz beigegeben werden, welche die zweite Forderung im hohen Mafse erfüllt (z. B. Kieselgur, Bolus alba, Kreide).

Dagegen ist die kohlensaure Magnesia ihrer Weichheit und Leichtigkeit wegen ausgezeichnet verwertbar als einfacher Puder zur Aufsaugung auf secernierenden Flächen. Sie ist geradezu hierfür das Ideal eines mineralischen Puders. Eine Vermischung mit Fett in Form einer Paste kann ihrer ausgezeichneten Resorptionskraft nur schaden.

Mithin empfehle ich die Magnesia carbonica

1. als Zusatz zu andern Pasten, um die Aufsaugungsfähigkeit zu erhöhen, in der Quantität von etwa 10—20%;
2. allein oder mit Zinkoxyd gemischt als Streupuder.

Aus der Sonderstellung der kohlensauren Magnesia können wir manches auch für unsre übrigen Pastengrundlagen lernen. Die Verwendbarkeit der verschiedenen Kieselgure für die Pasten tritt hierdurch in ein um so helleres Licht, ihre Aufsaugungsfähigkeit auf der einen Seite nähert sich derjenigen der Magnesia carbonica, auf der andren Seite besitzen sie soviel „Körper", d. h. sie hinterlassen eine so gute Decke nach der Aufreibung, dafs schon ein Zusatz von 10 % zu allen Salben die letzteren in vorzügliche Pasten verwandelt. Bolus alba, die verschiedenen Mehlsorten und Zinkoxyd stehen in beiden Richtungen weit hinter dem Kieselgur zurück, indem einerseits ihre Aufsaugungsfähigkeit 3—4mal geringer ist, anderseits ein 30—50 % Zusatz derselben erst den damit bereiteten Pasten den nötigen „Körper" verleiht. Dafür hat aber jedes von diesen Pulvern wieder seine eignen Vorzüge. Der weifse Bolus ein hautähnliches Kolorit, das Amylum seine Ubiquität und das Zinkoxyd seine ausgehnete, entzündungswidrige und beruhigende Eigenschaft.

Nach diesen Prinzipien lassen sich die verschiedenen Pastengrundlagen sehr leicht je nach den vorliegenden Indikationen konstruieren. Etwa 50 Teile des gewählten Pulvers, wenn weifser Bolus, Zinkoxyd oder Amylum in Betracht kommen, resp. 10 Teile Kieselgur, — alle mit oder ohne einem Zusatz von etwa 10 Teilen Magnesia carbonica — werden mit mit etwa 50 Teilen von einem der verschiedenen Fette gemischt.

Es sei mir zum Schlufs verstattet, über diese letzteren, welche den zweiten Hauptbestandteil aller Pastengrundlagen ausmachen, noch einige Worte hinzuzufügen.

Wenn das Wesen der Pasten darin besteht, nach der Verreibung auf der Haut eine trockene Decke dadurch zu bilden, dafs der fettige Bestandteil mit dem Medikamente von der Hornschicht eingesogen wird, so ist es klar, dafs derjenige Fettzusatz der beste ist, welcher am leichtesten von der Hornschicht aufgenommen wird. Im allgemeinen also tierische Fette, Schweine-

schmalz, Talg, Lanolin, in zweiter Linie pflanzliche Fette, in dritter Linie erst die fettähnlichen Körper, wie Vaselin und Glycerin. Die mit Glycerin und Vaselin konstruierten Pasten werden immer dicke, fettartige Rückstände auf der Haut hinterlassen, welche wohl aufsaugungsfähig sind, aber wenig Medikamente an die Haut abzugeben vermögen. Wirksamer in dieser Beziehung werden schon die Pasten sein, welche man mit Olivenöl, Leinöl, Mandelöl, Kakaobutter herstellt. Will man jedoch neben der Aufsaugungsfähigkeit den Pasten noch diejenige Eigenschaft verleihen, welche die Salben eo ipso in höherem Grade besitzen, dafs nämlich die inkorporierten Medikamente in maximaler Weise von der Haut aufgenommen werden, so bereite man die Paste mit tierischen Fetten, Schweineschmalz, Talg, Lanolin, oder einfacher, man setze den bekannten Salben, welche aus diesen Fetten gemacht sind, die obengenannten Pulver in den angeführten Quantitäten zu.

Referate.

Über Jodoformäther-Einspritzungen bei kalten Abscessen, von Dr. DE HOLSTEIN. (*Thèse de Paris.* 1887.)

MIKULICZ hatte zuerst im Jahre 1881 auf der BILLROTHschen Klinik in zwei Fällen von kaltem Abscefs auf der Innenfläche des Oberschenkels Jodoform angewandt. 1884 erschien dann, ebenfalls aus der BILLLOTHschen Klinik, die Arbeit von FRÄNKEL, die sich schon auf 20 einschlägige Beobachtungen stützte. FRÄNKEL hatte mit dem MIKULICZschen Verfahren in der Mehrzahl seiner Fälle Erfolg; mehrere derselben betrafen grofse Eiteransammlungen infolge Malum Pottii. Noch im selben Jahre veröffentlichte VERNEUIL sein Verfahren, bei welchem die Jodoformemulsion durch Jodoformäther ersetzt wird. Die Doktor-Dissertation von MALLEZ aus dem Jahre 1884 enthielt 5 Fälle, in welchen dieses Verfahren erfolgreich angewandt wurde.

Dann erschien die These von THIRION (Nancy 1885) mit 3 Fällen von Prof. GROSS, die nach MIKULICZschen Verfahrem behandelt waren, sowie die Arbeiten von KIRMESSON, QUÉNU und LEPLAT (1886), die das VERNEUILsche Verfahren erfolgreich anwandten.

VERHÈRE schrieb 1886 seine wichtige Arbeit, in welcher die Anschauungen seines Lehrers VERNEUIL niedergelegt sind; er bringt 28 Fälle von kaltem Abscefs, bei denen allen sich die Jodoformäther-Einspritzungen

bewährten. Eine interessante Arbeit von Andrassy aus der Bruhnsschen Klinik zu Tübingen enthält 10 nach Mikulicz behandelte Fälle, davon 8 erfolgreich. 1887 brachte die *Gazette Hebdomodaire* einen Vortrag von Paul Reclus über die Behandlung der kalten Abscesse mit Jodoformäther-Einspritzungen. Im selben Jahre teilte Trélat der Chirurgischen Gesellschaft einen Fall von umfangreichem kalten Abscefs mit, der nach Typhus in den Gesäfsmuskeln entstanden war und bei dem Verneuilschen Verfahren vollkommen ausheilte. Die letzten Veröffentlichungen über diese Frage stammen von Verhère (betrifft die Behandlung der Nackendrüsenschwellungen mittels Jodoformäther-Einspritzungen) und von Bruns, der den letzten Kongrefs deutscher Chirurgen über 54 nach Mikulicz behandelte kalte Abscesse berichtete.

In zwei weiteren Kapiteln macht uns der Verf. dann mit der Technik, sowie mit den unmittelbaren und späteren Wirkungen, endlich mit der Bedeutung der Jodoformäther-Einspritzungen bekannt, und gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Jodoformäther-Einspritzungen sind beim kalten Abscefs zum mindesten ebenso wirksam wie operativer Eingriff.

2. Ihre Vorteile bestehen in der Leichtigkeit und Ungefährlichkeit der Anwendung, in der Abwesenheit entstellender Narben und in dem günstigen Einflufs auf das Allgemeinbefinden.

3. Die Einspritzungen sind in folgenden Fällen besonders angezeigt:

Wenn der kalte Abscefs an Stellen sitzt, wo man eine Narbe aus kosmetischen Gründen gern vermeidet. Bei kalten Abscessen, bei denen ein operativer Eingriff sich zu umfangreich gestalten würde (Auskratzen der Wirbelsäule, der Fossa clavicul). Endlich wenn der Patient sehr heruntergekommen ist.

Leloir hat Ref. seit 1885 auf seiner Klinik St. Sauveur häufig die ausgezeichnete Wirkung dieses Verfahrens bei skrofulo-tuberkulösen Gummata und Drüsentumoren gezeigt.

Über Erythema polymorphum und pseudo-rheumatische Knotenbildung bei Syphilitikern, von Dr. Testu. (*Thèse de Lille.* 1888.)

Die These behandelt wenig aufgeklärte Komplikationen der Syphilis: es ist auch bislang noch nichts Zusammenhängendes darüber veröffentlicht.

Testu bespricht auf Grund der klinischen Vorträge Leloirs sowie eigner Beobachtungen der Reihenfolge nach 1. das Erythema polymorphum der Syphilitiker; 2. das Erythema nodosum; 3. die Hautknötchen in der ersten Zeit beim Bestehen der Syphilis, auf die zuerst Mauriac hingewiesen hat. Diese Hauterscheinungen dürfen ihrer Pathogenese und Symptomatologie nach im Anschlufs an das Erythema polymorphum verhandelt werden.

Leloir hatte in seinen Vorträgen bemerkt, dafs das Erythema polym. gewöhnlich in den ersten Zeiten der Syphilis auftrete, die schnell wieder verschwindenden Unterhautknötchen dagegen erst in der dritten Periode.

Wenn alle diese Symptome nun auch zur Syphilis Beziehungen haben, so sind sie doch nicht ausschliefslich durch die Lues bedingt. Sie haben ihren eignen Verlauf und kümmern sich nicht viel um eine antisyphilitische Behandlung. Man könnte sie mit demselben Ausdruck bezeichnen, den Renaut zu Lyon für anderweitige Zufälle gewählt hat: „Accidents parasyphilitiques." Nach Testu lassen sie sich weder für die Diagnose noch für die Prognose verwerten. Zum Schluſs bespricht er die pathologisch-anatomischen Untersuchungen von Leloir; die histologischen Eigenschaften im Verein mit der sonstigen Symptomatologie ermöglichen bisweilen die Diagnose, wie es Leloir 1884 in seiner Arbeit über die polymorphen Erytheme gezeigt hat.

Über Loupes (Grützbeutel der behaarten Kopfhaut) und ihre Behandlung, von Dr. Cédie. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Diese Arbeit ist eigentlich nichts weiter als ein Verzeichnis zahlreicher ausgeklügelter (imaginé) und von den Chirurgen zur Entfernung der Geschwülste angewendeter Mittel. Verf. gibt dabei folgende operative Indikationen:

Wenn die Geschwulst nicht gröſser als eine Nuſs, ihr Inhalt noch fest und die Haut darüber noch gesund ist, wenn sie aufserdem nichts von Degeneration zeigt, so kann man sie dreist mit kaustischen Mitteln behandeln, nach dem Vorgehen von Marjolin, dem bequemsten und sichersten.

Bei gröſseren Geschwülsten empfiehlt sich das Verfahren von Velpeau und Jobert: Eröffnung der Kyste und Entfernung des Sacks; jedoch zieht Verf. in diesem Falle vor, die Geschwulst mitsamt der bedeckenden Haut gänzlich abzutragen. Die entzündeten und vereiterten Geschwülste sind wie Abscesse zu behandeln. Falls sie ulceriert sind, kann man sie mit Ätzkali oder Pastenstiften nach Canquoin kauterisieren, wenn man es nicht vorzieht, sie wie degenerierte Kysten gänzlich zu entfernen.

Degenerierte „Loupes" endlich muſs man wie ein Sarkom mit einem guten Teil des Gesunden wegnehmen.

Beitrag zum Studium des Kephalohämatom, von Dr. Hamon. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Verf. sieht von einer Geschichte des Kephalohämatoms ab. Er bespricht nur die schwereren Zufälle, die durch dasselbe veranlaſst werden können, und den schlimmen Verlauf, den es zuweilen nimmt.

Er unterscheidet zwischen einem spotanen und einem traumatischen Kephalohämatom. Ersteres ist die Folge eines eigenartigen Knochenbaues; die Prognose ist günstig, und es heilt gewöhnlich von selbst. Letzteres entsteht nach einer äufseren Verletzung; die Prognose ist immer bedenklich, strenge Antiseptik erforderlich.

Beitrag zum Studium des Erysipels bei Neugeborenen, von Dr. Mavrikos. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Verf. kommt in seiner kurzen und wenig interessanten Arbeit zu folgenden Schlüssen:

Das Erysipel der Neugeborenen weicht in manchen Punkten von dem bei Kindern und Erwachsenen ab. Es verläuft fast immer tödlich, aber nicht etwa, weil es von vornherein heftig auftritt, sondern weil es einen naturgemäfs wenig widerstandsfähigen Organismus befällt, der noch dazu häufig schlecht ernährt ist. Jedoch kommen auch bisweilen Fälle von Heilung vor.

Die Pathogenese, über die man sich viel gestritten hat, scheint im wesentlichen die nämliche, wie beim Erysipel der Erwachsenen zu sein. — Über die Behandlung ist nichts Besonderes zu bemerken; nur scheint namentlich der Alkohol das Allgemeinbefinden günstig zu beeinflussen.

Über die Angiome der Zunge, von Dr. R. Coolenot. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Die Angiome der Zunge sind lange Zeit verkannt oder vielmehr mit den verschiedensten Krebsformen verwechselt worden. J. L. Petit beschreibt die Tumoren und hält ihre Prognose für wenig bedenklich. Es ist noch nicht viel darüber geschrieben. Nur die Thesen von Foucher (1862), Arragon (1863), Jullian (1886) behandeln diesen Gegenstand. Letztere Arbeit wurde bereits früher vom Ref. besprochen. Die Abhandlungen von Cornil und Ranvier, einige Aufsätze in französischen und auswärtigen Zeitschriften — das ist ungefähr die ganze Litteratur dieser Frage.

Verf. schildert in kurzen Zügen das Symptomenbild dieses Leidens und kommt zu folgenden Schlüssen:

Sowie ein Zungenangiom irgendwelche Beschwerden macht, mufs es unverzüglich entfernt werden; bei der Abtragung darf man nichts davon zurücklassen; denn das wachsende Angiom bringt zu viele Gefahren mit sich. Die Gröfse der Gefahr wird durch den Sitz, den Verlauf, die arterielle, venöse oder kavernöse Natur des Angioms bedingt und schliefslich durch seine Ausdehnung, die meistens durch die Gleichgültigkeit der Kranken oder ihrer Angehörigen recht beträchtlich wird. Wächst das Angiom hin-

gegen nicht, so läfst man es am besten so lange in Ruhe, wie es nicht mechanisch belästigt.

Die Operation richtet sich nach Umfang, Sitz und Beschaffenheit des Angioms, sowie nach Alter und sonstigem Befinden des Patienten, wobei der Operateur noch unter verschiedenen Verfahren wählen kann.

Bei Kindern thut man gut, Operationen zu vermeiden, die mit viel Blutverlust verbunden sind; desgleichen operiere man hier nicht in verschiedenen Abschnitten. Verf. befürwortet schliefslich die unblutigen Verfahren, als da sind: Koagulierende Einspritzungen, Elektrolyse, Thermokauter, sowie einfache und mehrfache Ligationen.

Beitrag zum Studium der Tuberkulose des knöchernen Schädeldachs, von Dr. Da-Costa-Leite. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Alle Autoren waren bis vor kurzem darüber einig, unter dem Namen Periostitis des knöchernen Schädeldachs eine Summe von akuten und chronischen Krankheiten zusammenzufassen, die teils kariöser, teils nekrotischer Natur sind. Daviel, Quesnay, Lapayronie, Graves machten namentlich äufsere Verletzungen und Meningitis dafür verantwortlich, obschon sie auch Skrofulose und Syphilis als ätiologische Momente nicht ganz von der Hand wiesen. Durch die Arbeiten von Gosselin, Parrot, Hutchinson wurde eine naturgemäfsere Einteilung dieser Periostitiden bewirkt, je nachdem sie entzündlicher, traumatischer oder konstitutioneller Natur sind. 1873 schrieb Duplay: Die Caries der Schädelknochen ist in den allermeisten Fällen syphilitischen oder skrofulösen Ursprungs. Dieser Ansicht pflichtete Terrier 1880 bei. Um dieselbe Zeit veröffentlichte Volkmann im *Centralblatt für Chirurgie* einige Fälle unter dem Titel: Tuberkulöse Perforation der Schädelknochen. Kraske nahm unter seiner Leitung die Frage wieder auf und zeigte, dafs die Lokalisation der Tuberkulose noch wenig gekannt sei. Ried zu Erlangen und Volkmann hatten nur Fälle veröffentlicht. 1882 erschien die These von Coupard. Poulet und Bousquet kümmerten sich bei ihren Untersuchungen nur um die tuberkulöse Periostitis.

Verf. nimmt an, dafs die Knochen des Schädeldachs häufig tuberkulös erkranken, die Basalknochen dagegen nur sehr selten. Die so häufigen Entzündungen des Felsenbeins sind meist sekundärer Natur. Der tuberkulöse Charakter der primären Knochenentzündungen wird von vielen rundweg geleugnet und ist zum mindesten noch zweifelhaft.

Der anatomische Vorgang ist der nämliche wie bei jeder tuberkulösen Ostitis und besteht im wesentlichen aus einer Infiltration von zusammenfliefsenden Granulationen.

Klinisch verläuft das Leiden wie die Caries mit Bildung und Ausstofsung von Sequestern. Die Knochenhöhlen können sich nach beiden Flächen hin erweitern und perforieren. Die Nachbarschaft der Meningen und des Gehirns gestaltet das Leiden zu einem sehr ernsten.

Die tuberkulöse Natur der Ostitis läfst sich nur histologisch nachweisen. Die örtliche Behandlung besteht namentlich in Auskratzen und Trepanieren. Der Organismus mufs in geeigneter Weise gekräftigt werden.

Leloir berichtete vor einiger Zeit in seiner Klinik über eine Sektion. Es handelte sich dabei um ein Individuum mit zahlreichen skrofulo-tuberkulösen Gummata am ganzen Körper und entsprechenden Narben am Schädel. Die Gummata hatten an verschiedenen Stellen den Schädel perforiert, der sich zum Teil in eine dünne Membran verwandelt hatte. Dieser Fall war, wie Leloir erläuterte, für die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Skrofulo-Tuberkulose sehr wichtig.

Über Ikterus bei sekundärer Syphilis, von Dr. Schröder. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Im fünfzehnten Jahrhundert hielten die Ärzte die Leber für das Organ der Blutbildung, für den Herd der tierischen Wärme und für den Hauptsitz der Syphilis. Schon 1510 machte Paracelsus auf das häufige Zusammentreffen von Lues und Gelbsucht aufmerksam. Fallopia (1555) spricht von der Häufigkeit der Leberkrankheiten bei sekundärer Lues. 1563 schreibt Massa, dafs die Syphilis in einer Neigung der Leber zu Erkältungen bestehe, aber er spricht nicht vom Ikterus. Raudin (1604) behauptet, dafs die Leber bei Syphilis immer erkrankt sei. Nach Astruc (1740) bewirkt die Syphilis in der Leber Verstopfung, Anschwellung, schliefslich Gelbsucht, wenn die Galle sich wegen ihrer Klebrigkeit nicht lösen kann und ins Blut zurücktritt. Van Swieten (1743) und Fabre (1765) sind derselben Meinung. Perey beschreibt 1780 einen Ikterus, der im Anschlufs an andre, ursprünglich syphilitische Erscheinungen bei einem Soldaten aufgetreten war. Rayer (1837) kennt das Zusammentreffen von Nephritis albumin. und Leberkrankheiten bei der Syphilis. Ricord (1839) erwähnt aufser den Fällen von Gummata der Leber 2 Fälle von Gelbsucht im Beginn der Lues. 1852 erschienen die 2 Arbeiten von Gubler, eine über Erkrankungen der Leber im Zusammenhang mit Syphilis bei Kindern im ersten Lebensjahre, die andre über den Ikterus, der die frühzeitigen syphilitischen Ausschläge kompliziert. In letzterer Arbeit finden sich 5 Fälle von sekundärem Ikterus, davon nur einer mit Hypertrophie, und Gubler betont vielmehr die Seltenheit des Ikterus bei der Lues praecox der kindlichen Leber.

1864 erschien Lancereauxs Abhandlung über Syphilis. Sie enthält 4 Fälle; in zweien derselben bestand im Anfang des sekundären Stadiums deutliche Gelbsucht mit beträchtlicher Anschwellung der Leber, ohne Schmerz und ohne Hypertrophie. Fournier, Cornil, Hardy äufsern ihre Bedenken in bezug auf diesen sekundären Ikterus. — 1879 erschien die These von Delavarenne, der das Hauptgewicht auf die Hypertrophie als

das wichtigste Symptom legt und den Ikterus nur nebensächlich behandelt. — Im nämlichen Jahr sucht Moulard nachzuweisen, dafs es sich dabei nur um Leberkongestionen handle. — Coudallac unterscheidet in seiner These (1887) drei Formen: 1. Icterus catarrhalis syphilit. secund. benignus (mit 5 Beobachtungen); 2. Icterus syphil. secund., der eine Colitis hepatica vortäuscht; 3. Icterus syphil. infolge von Lues heredit.

Schroeder nimmt an, dafs der Icterus syphil. secund. infektiöser Natur sei, dafs der Bacillus der Syphilis eine Leberkongestion und eine Entzündung der Epithelzellen der Gallengänge bewirke, indem er die Zellen zu Proliferation und Verfall anreize, was Obliteration und Resorptionsikterus zur Folge hätte. Sei dem nun, wie ihm wolle, der Ikterus der sekundären Lues stimmt in wesentlichen Punkten mit dem gewöhnlichen katarrhalischen Ikterus überein, so auch in bezug auf die Prognose. Gewöhnlich tritt er in den ersten drei Monaten des Bestehens der Syphilis auf; Dauer im allgemeinen 3—13 Wochen, ausnahmsweise auch 8—10 Monate. Der beste Beweis für seine syphilitische Natur wird durch die günstige Wirkung des Quecksilbers erbracht. Rückfälle sind bei ungenügender Behandlung nicht selten.

Lille. A. Tavernier.

(Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Der Neissersche Gonokokkus, von J. H. Schuurmans Stekhoven in Utrecht. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 35.) Nach Verf. Ansicht ist es eine feststehende Thatsache, dafs, auch wenn man spezifische Gonokokken annimmt, eine morphologische Diagnose zu den Unmöglichkeiten gehört, und sucht er dieses an der Hand der Bummschen Thesen zu beweisen. Von diesen lautet die 1. Die Diplokokkengestalt ist für den Gonokokkus nicht charakteristisch, sondern es gibt noch andre pathogene und nicht pathogene Diplokokken von derselben Gröfse, welche von den Tripperpilzen nur schwer und zum Teil garnicht unterschieden werden können. 2. Dagegen sind die Tripperbakterien durch eine Fähigkeit ausgezeichnet, welche allen formähnlichen Arten abgeht; sie vermögen in das lebende Zellprotoplasma einzudringen, sich daselbst zu vermehren und jene rundlichen Anhäufungen um die Kerne zu bilden, wie sie sich bei andern Diplokokken in dieser Weise niemals vorfinden. Diese Behauptung Bumms ist nach des Verf. Ansicht eine irrige, indem nach ihm nicht die Pilze, sondern die Leukocyten die aktive Rolle spielen. 3. Vorausgesetzt, dafs

keine desinfizierende Behandlung vorhergegangen ist, sind Gonokokken im Sekret jeder gonorrhoischen Schleimhautentzündung nachweisbar. Dazu bemerkt der Verf., dafs, wenn man mit dem Ausdruck Blennorrhöe eine infektiöse sezernierende Schleimhautentzündung bezeichnet, im Sekret einer gonorrhoischen Schleimhautentzündung auch die krankheitserregenden Spaltpilze zu finden sein müssen. Man hat aber kein Recht, mit Bumm zu behaupten, dafs 4. gonokokkenfreies Sekret Schleimhäuten gegenüber nicht infektiös wirke. Dafs es einzelnen Autoren nicht gelungen ist, mit andern, selbst eiterigen oder jauchigen Flüssigkeiten eine Blennorrhöe zu erzeugen, beweist doch nicht, dafs dies unmöglich ist. 5. Gonokokkenhaltiges Sekret bewirkt in minimaler Quantität an empfänglichen Schleimhäuten mit absoluter Sicherheit die blennorrhoische Entzündung. Wenn man die Richtigkeit dieser Bummschen Resultate nicht bezweifeln darf, dann beweisen sie doch noch nicht die Infektiosität aller Spaltpilze, welche sich im Sekrete in dem Protoplasma der Eiterzellen befinden. Weil die Züchtung der wirklich infektiösen Mikrobien so grofse Mühe verursacht und eine mikroskopische Diagnose unmöglich ist, kann die Gonorrhöe nur aus den klinischen Symptomen diagnostiziert werden. Den zahlreichen Mitteilungen über das Vorhandensein von Gonokokken im Gelenkexsudat bei Arthritis gonorrhoica etc. mufs jeder Wert abgesprochen werden. Die Frage, ob Gonorrhöe wirklich auf Infektion mit einem spezifischen Mikroorganismus beruht, beantwortet Verf. dahin, dafs solches gewifs nicht bewiesen und aufserdem auch nicht wahrscheinlich ist, da die 2 Bummschen Impfungen mit Reinkulturen sich wohl noch bezweifeln lassen.

Zur Behandlung des Lichen ruber planus, von Dr. Karl Herxheimer in Frankfurt a. M. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 37.) H. hat die Erfahrung gemacht, dafs durch das Chrysarobin in ähnlicher Weise, wie durch dieses Mittel andre epitheliale Erkrankungen der Haut geheilt werden können, wie es sich speziell bei Psoriasis bewährt hat, so auch bei Lichen planus vollkommene Heilung erzielt werden kann, und zwar nach den Angaben von Bronson und Caesar Boeck. Bei einem 25jährigen Dienstmädchen, welches am 8. Oktober 1887 in seine Behandlung kam, wurde die Hautaffektion mit 10 % Chrysarobin-Traumaticin zweimal wöchentlich bepinselt, während die Schleimhautaffektion mit 10 % Sublimatalkohol touchiert wurde. Am 8. Februar 1888 ist Haut- und Schleimhautaffektion vollkommen geheilt, die ersteren mit Hinterlassung von hellbraunen Pigmentierungen. Bis zum 3. September kein Recidiv. Ein zweiter Fall bei einem 34jährigen Schuhmacher wurde bei derselben Behandlung innerhalb 3½ Monaten zur Heilung gebracht. Der dritte Fall betraf einen 24jährigen Metzger, bei dem am 28. Dezember 1887 der ganze Körper mit Ausnahme des Kopfes, Gesichts und Halses, sowie der Palmae manus und Plantae pedis und des Skrotum affiziert war. Ihm wird Sol. Fowleri, dreimal täglich 2 Tropfen in täglich steigender Dosis bis zu dreimal 8 Tropfen gegeben und wöchentlich einmal Bepinselung mit 10 % Chrysa-

robin-Traumaticin angewandt. Bis Mitte August kein Recidiv. Auch der vierte Fall, der einen 40jährigen Kaufmann betraf und ein Gemisch der planen und akuminaten Form zeigte, wurde durch die Chrysarobinpinselung in Verbindung in Arsenpillen in steigender Dosis bis 0,02 Acid. arsenicos. pro die in verhältnismäfsig kurzer Zeit geheilt. Hier soll die schnellere Heilung der planen Knötchen auf Rechnung des Chrysarobins als Heilfaktor zu setzen sein. Da Arsen nach allen bislang gemachten Erfahrungen in gleicher Weise auf beide Formen des Lichen ruber einwirkt, so ist wohl anzunehmen, dafs das Chrysarobin gegenüber den akuminaten Knötchen von geringerer aktueller Wirksamkeit ist. An weiteren blofs äufserlich zu behandelnden Fällen wäre zu prüfen, ob sich das Chrysarobin in der That als spezifisch wirksam nur gegen die plane Form des Lichen erweist.

Zur Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Kalomelöl und Oleum cinereum, von Prof. Dr. Doutrelepont. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 38.) Die Grundsätze für die Behandlung der Syphilis sind nach Doutrelepont folgende: Der Primäraffekt soll, sobald es ausgeführt werden kann, gründlich exstirpiert werden, und wenn auch die Allgemeininfektion dadurch nicht verhindert wird, so scheint doch der weitere Verlauf der konstitutionellen Syphilis nur ein milder zu sein. Ist die gründliche Exstirpation nicht mehr möglich, so behandelt er die Initialaffekte und indolenten Bubonen durch lokale Applikation von Empl. Hydrargyri und reicht innerlich Jodkali. Zeigen sich die ersten Symptome der Syphilis secundaria, so mufs jede expektative Behandlung aufhören und das Quecksilber im ausgiebigsten Mafse angewandt werden, bis alle erkrankten Stellen ganz zur Norm zurückgekehrt sind. Nach der Kur vierwöchentlicher Gebrauch von Jodkalium. Von allen Methoden der Anwendung des Merkur mufs die Schmierkur als in ihrer Wirkung noch nicht übertroffen hingestellt werden. Ihr nahe kommen die Quecksilberinjektionen, und zwar hat Verf. ebenfalls beobachtet, dafs die Kalomelölinjektionen neben Inunktionskur die wirksamste und energischeste Methode sind. Sie stellen eine sicher und schnell wirkende, aber auch lange nachwirkende Methode der Quecksilberanwendung dar, wie die Harnanalysen bewiesen haben. Recidive scheinen seltener zu sein, als nach den Injektionen der löslichen Quecksilberpräparate. Abscesse hat D. nicht beobachtet und glaubt er, dafs dieselben nur auf Mangel der notwendigen Asepsis zurückzuführen sind. Infiltrate, Schmerzen kommen vor, sind aber zu ertragen. Stomatitis ist beobachtet.

Die Wirkung der Langschen Injektion (Hydrargyr, Lanolin ā 3,0, Ol. olivar. 4,0), wovon alle 5—8 Tage an 2 Stellen je 0,1—0,15 ccm in die Nates injiziert wurden, gleicht denen des Kalomelöls. In der ersten Zeit hatte D. einen Abscefs beobachtet, zuletzt bei 35 Patienten nicht mehr. Die Infiltrate, die allerdings fast regelmäfsig sich einstellen, sind von wenig Bedeutung, so dafs ernstliche Klagen kaum darüber gehört wurden.

Über Succinimid-Quecksilber, ein neues Mittel zur subkutanen Injektion, von Dr. VOLLERT in Straſsburg. (*Therap. Monatsh.* No. 9.) DESSAIGNES hat die Verbindung des Quecksilberoxyds mit einigen Amiden, darunter auch mit dem Succinimid, bereits 1852 gefunden und deren chemische Eigenschaften beschrieben. v. MERING hat zuerst seine Verwendung zu therapeutischen Zwecken versucht und zur subkutanen Injektion empfohlen. Das Quecksilberoxyd geht nach v. MERING mit dem Succinimid, einem Produkt der Bernsteinsäure, eine Verbindung ein und bildet mit jenem ein weiſses, seidenartiges, in Wasser leicht lösliches Pulver. Die wässerige Lösung trübt sich auch bei längerem Stehen nicht. Das Succinimid-Quecksilber fällt kein Eiweiſs, keine Pleura-Flüssigkeit, auch keine Hydrocele-Flüssigkeit. Die Injektionen wurden mit einer Lösung von 1,30 : 100 gemacht, Kokain darf nicht zugesetzt werden, da sonst eine Fällung entsteht. Die Vorzüge des Succinimid-Quecksilbers vor dem Glykokoll-Quecksilber sind zuerst die Unzersetzlichkeit und Beständigkeit der Lösung; die Injektionen sind ferner lange nicht so schmerzhaft, die Infiltrate sind viel geringer und gehen nach kurzer Zeit wieder zurück. Auſserdem hat das Succinimid-Quecksilber auch den Vorzug besonderer Billigkeit, doch soll die Wirkung der des Glykokoll-Quecksilbers etwas nachstehen. Im Vergleich mit dem Cyan-Quecksilber ist seine Wirkung eine viel schnellere und sicherere, ohne daſs dabei eine Nebenwirkung auf den Darm eintritt, wie sie vielfach durch das Cyan hervorgerufen wird. Üble Nebenwirkungen wurden überhaupt nicht beobachtet. Es verdient am meisten hervorgehoben zu werden, daſs das Succinimid-Quecksilber sich für die ambulatorische Behandlung besonders eignet. Abscesse traten nur bei unreinen Nadeln auf, unter 210 Injektionen nur zweimal. Das Einstechen der Nadel geschieht nicht senkrecht, sondern es wird eine starke Fettpolsterfalte aufgehoben und die Nadel parallel mit der Haut bis mitten in das Zellgewebe gestoſsen, so daſs die Spitze nicht zu nahe der Haut und nicht bis auf die unterliegende Muskulatur zu stehen kommt. Der weitere Verlauf der Prozedur ist der gewöhnliche. Eine 2 % Lösung wirkte wesentlich intensiver, ohne daſs die Schmerzen bedeutender waren. Bei 523 Injektionen, die sich auf 28 Patienten verteilten, kamen auf jede Person im Durchschnitt 19 Injektionen. Für mittelschwere Fälle dürften 24 Injektionen der einprozentigen Lösung ausreichend sein, um alle Symptome zum Schwinden zu bringen und noch einen Überschuſs von Quecksilber dem Organismus einzuverleiben. In ernsteren Fällen würde man wohl bis auf 30—35 Injektionen gehen müssen. In der Regel wurde täglich eine PRAVAZsche Spritze von 1 g Inhalt injiziert. Über Recidive hat Verf. noch keine Erfahrungen.

Gegen das lästige Jucken bei Hämorrhoidalaffektionen und Pruritus ani, Pruritus senilis etc. bewährt sich folgendes Verfahren: Waschen mit lauwarmem Wasser und guter Seife, nachheriges Einreiben mit Lanolin nach folgender Vorschrift:

℞ *Lanolini purissimi* 30,0
Vaselini american.
s. Ol. provinc. 20,0
M. f. Ung.

Bei sehr starker Reizung des Afters und der umgebenden Partien empfiehlt sich ein Zusatz von Kokain:

℞ *Cocain. hydrochl.* 0,1—0,2
Lanol. puriss. 30,0
Vaselin. american.
s. Ol. provinc. 20,0
M. f. Ungt.

Auch Zusatz von 10 % Flores sulphur. hat sich bewährt. (*Therap Monatsh.* No. 9.)

Über Sozojodolpräparate, von Dr. A. Langgaard. (Ebenda.) Unter dem Namen Sozojodol werden zwei Salze, das Natrium- und das Kaliumsalz der Dijodparaphenolsulfonsäure in den Handel gebracht und als Ersatz des Jodoforms empfohlen. L. hat nun das Sozojodol auf seine antiseptischen Eigenschaften, insbesondere auf sein Verhalten zu Eiterkokken untersucht und benutzte dazu wegen der gröfsern Löslichkeit die Natriumverbindung, also das Sozojodolnatrium und aufserdem die freie Dijodparaphenolsulfonsäure, für welche er die Bezeichnung Sozojodolsäure oder Acidum sozojodolicum vorschlägt. Das Resultat der Versuche war für beide Substanzen fast das gleiche. Ein Gehalt von 0,5 und 1 % verzögerte die Entwickelung der Eiterkokken. Die freie Säure wirkte etwas stärker. Bei einem Gehalte von 2 % verhinderte sowohl die freie Sozojodolsäure, als auch das Sozojodolnatrium die Entwickelung der Eiterkokken vollkommen. Auf Fäulnisbakterien und Schimmelpilze ist die Wirkung weniger energisch. Neben der freien Säure wird man demnach therapeutisch die Natrium-, Kalium- und Aluminiumverbindung anwenden können, welche wegen der Ungiftigkeit und absoluten Geruchlosigkeit den Vorzug vor andern bisher gebräuchlichen Antisepticis beanspruchen dürften. Aufserdem werden noch neben dem Zink- und Quecksilberpräparat das Sozojodol-Blei und Sozojodol-Silber für gewisse Zwecke mit Vorteil zu verwerten sein.

Dosierung: Für die Wundbehandlung sind 2 — 3 %ige wässerige Lösungen der leichtlöslichen Natrium- und Aluminiumverbindungen oder die freie Säure zu benutzen. Wo eine länger anhaltende Wirkung beabsichtigt wird, empfiehlt sich das schwerlösliche Sozojodol-Kalium in fein gepulvertem Zustande als Streupulver, entweder in Substanz oder mit Talcum oder Milchzucker etc. 5 — 10 %. Salben: Sozojodol-Natrium, -Kalium, -Aluminium, -Zink 5—10 % mit Lanolin. Pasten: Die gleiche Konzentration mit Zink-Amylum-Lanolin oder Vaselin als Grundlage.

Über Kehlkopfsyphilis, von Dr. Grabower. (*Deutsche med. Wochenschrift.* No. 38.) Seit dem nunmehr $^3/_4$jährigen Bestehen der Berliner

Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten wurden unter der Zahl von 2000 Hals- und Nasenkranken überhaupt an syphilitischen Erkrankungen des Halses und der Nase 60 Patienten behandelt. Hiervon entfallen auf die syphilitischen Erkrankungen des Kehlkopfes 12 Patienten. Was die Diagnose derselben betrifft, so bedarf dieselbe aufser der Farbe der Schleimhaut jedenfalls verschiedener Hilfsmomente, sei es des gleichzeitigen Bestehens von Ulcerationen im Larynx oder sicherer Zeichen von Lues im Pharynx etc. Auch aus der Wirkung des Jodkaliums läfst sich manchmal die Diagnose stellen.

Einer hartnäckigen Heiserkeit entspricht nicht selten eine Infiltration der Schleimhaut und des submukösen Gewebes als einer Folgeerscheinung des syphilitischen Katarrhs, wobei das in das submuköse Gewebe ergossene Transsudat Verdickungen der Stimmbänder, der Taschenbänder und sogar der Knorpelhaut hervorruft. Die Therapie bestätigt die Diagnose. Eigentümlichkeiten der syphilitischen Erkrankung sind: die Wucherungen im Kehlkopf, welche einige Autoren als kondylomatöse auffassen, während andre die Kondylome im Larynx in Abrede stellen. Hierzu sagt G.: Der Sitz der Tumoren auf der Schleimhaut der Aryknorpel, ihr Auftreten in einer frühen Periode der Syphilis, der Umstand, dafs sie, ohne zu exulcerieren, auf Kal. jodat. verschwunden sind, und zwar mit Zurücklassung einer glatten, resp. normalen Schleimhautfläche, scheint nur für die Natur als Kondylome zu sprechen. Diese Eigenschaften besitzt keiner der übrigen syphilitischen Tumoren des Larynx. Das hauptsächlichste Syphilid, die gummöse Geschwulst, tritt in einer späten Periode der Syphilis auf und neigt zu tiefen Ulcerationen, welche mit Hinterlassung ausgedehnter Narben schrumpfen; die Follikulargeschwulst tritt zwar auch in einer frühen Periode auf, exulceriert jedoch regelmäfsig; endlich die Schleimhautschwellungen infolge von submukösen Infiltraten, ebenfalls zwar in einer frühen Periode der Syphilis auftretend, haben die Eigenschaft, in geschwürigen Zerfall überzugehen.

Die syphilitischen Ulcerationen des Kehlkopfes sind meist hervorgegangen aus dem teils oberflächlichen, teils tieferen Zerfall irgend einer Intumescenz, sei es einer einfachen Follikularhyperplasie, oder einer Schleimhauthypertrophie, oder eines Neoplasma, insbesondere einer Gummigeschwulst. Je nach diesen verschiedenen Quellen werden die Ulcera im Kehlkopf von verschiedener Tiefe angetroffen. Das für das syphilitische Geschwür am meisten charakteristische Kennzeichen ist für die tiefergehenden Formen die Vernarbung und das Weitergreifen in die Umgebung. Von den tuberkulösen Geschwüren sind sie durch den Nachweis von Tuberkelbacillen zu unterscheiden. Verf. beschreibt mehrere Fälle, die im Original nachgesehen werden müssen. Die Verwachsungen der Stimmbänder können in Fällen von sehr ausgedehnten Ulcerationen so grofse Dimensionen annehmen, dafs die merkwürdigsten Formveränderungen der Organe daraus resultieren, wie Verf. durch ein Beispiel illustriert.

Was die syphilitische Erkrankung des Kehlkopfknorpels betrifft, so entsteht dieselbe entweder primär durch Entzündung des Perichondriums und des Knorpels, oder die Ulcerationen der Schleimhaut können sekundär eine Perichondritis mit Blofslegung und Nekrotisierung der Knorpel hervorrufen. Diese Fälle können die gefährlichsten Zufälle für die Respiration hervorrufen.

Berlin. L. Hoffmann.

M. Neuhaus (München) empfiehlt in einem Aufsatze „Einige freimütige Bemerkungen zur Therapie des chron. Trippers" (*D. med. Ztg.* 1888. No. 16) das Oberländersche **Elektroendoskop** auf das wärmste.

München. Pauly.

England.

In der Sitzung der Londoner klinischen Gesellschaft vom 25. Mai 1888 erstattete das vor 4 Jahren gewählte Komitee zur Erforschung über das Wesen des **Myxoedema** seinen Bericht. Das Komitee bestand aus folgenden Mitgliedern: Ord (Vorsitzender), Victor Horsley, Hallibarton, Felix Semon und Hadden. Die sehr ausführliche Arbeit, der besonders gründliche Untersuchungen zu Grunde lagen, kann an diesem Orte durch folgende Sätze in ihrem wesentlichen Inhalte kurz wiedergegeben werden. Der Vorleser der Arbeit war Herr Ord:

1. Das Myxödem ist eine ganz bestimmte Krankheit per se.

2. Die Krankheit befällt häufiger Frauen als Männer, und meistenteils befinden sich die Kranken im mittleren Lebensalter.

3. Klinische und pathologische Beobachtungen beweisen in entschiedener Art, dafs allen Kranken eine destruktive Veränderung der Schilddrüse gemeinsam ist.

4. Die gewöhnliche Form destruktiver Alteration der Schilddrüse besteht in einer Umwandlung der eigentlich drüsigen Struktur in ein feines fibröses Gewebe.

5. Die interstitielle Entwickelung fibrösen Gewebes wird auch sehr häufig in der Haut beobachtet und ebenso, aber in geringerem Grade, in den inneren Organen; das Aussehen dieses Gewebes spricht für einen irritativen oder entzündlichen Prozefs.

6. Die pathologische Beobachtung, welche eine Ursache für die Veränderungen in der Haut während des Lebens, für das Ausfallen der Haare und den Verlust derselben, sowie für den verstärkten Körperumfang als Ursache überschüssiges, subkutanes Fett aufweist, bietet keine Erklärung

dar für die Affizierungen der Sprache, Bewegung, Sensation und Intelligenz, welche letztere einen grofsen Teil der Krankheitssymptome abgeben.

7. Die chemische Untersuchung der verhältnismäfsig wenigen verwendbaren Fälle zeigt kein allgemeines Vorkommen eines Überschusses von Mucin in den Geweben im Verhältnis zu den ersten bekannten Beobachtungen; allein diese Verschiedenheit kann zum Teil der Erscheinung vindiziert werden, dafs die Anschwellung der Integumente, welche im allgemeinen für das Myxödem charakteristisch ist, durch den Verlauf der Krankheit erheblich variiert und häufig kurz vor dem Tode verschwindet.

8. Versuche an Tieren, besonders an Affen, riefen Symptome hervor, welche vollständig denen des Myxödems glichen, sobald man bei jenen die Schilddrüse unter antiseptischen Kautelen und ohne Verletzung der benachbarten Nerven und der Trachea abgetragen hatte.

9. Bei diesen Experimentsfällen zeigte sich ein grofser Überschufs von Mucin in der Haut, den fibrösen Geweben, dem Blute und den Speichel drüsen. In besonderen Fällen fand man in der Parotis, die im Normalzustande kein Mucin enthält, diese Substanz in derselben Quantität, wie sich diese unter gewöhnlichen Verhältnissen in der Submaxillardrüse zeigt.

10. Die Analyse der Resultate bei der Abtragung der Schilddrüse beim Menschen beweist bei einer grofsen Zahl der Fälle die Erscheinung der nachfolgenden Entwickelung der Symptome, die genau mit denen des Myxödems korrespondieren.

11. In einer nicht geringen Zahl von Beobachtungen blieben diese Symptome nach der Operation aus, und scheint diese Immunität öfters auf der Gegenwart und nachfolgender Entwickelung accessorischer Schilddrüsen oder auf einer unvollständigen Entfernung oder auch auf einer nicht genügend andauernden Beobachtung der Kranken nach der Operation zu beruhen.

12. Insofern von vielen Beobachtern angenommen wird, dafs Verletzung der Thyreoidea, Atrophie derselben, Verletzung der Nervi recurrentes oder des Halssympathicus und endemische Einflüsse die eigentliche Ursache des experimentellen oder operativen Myxödems (Cachexia strumipriva) abgeben, so bedarf es vor allem dagegen nur des Beweises, dafs von allen den verschiedenen und zahlreichen Operationen am Halse und im Rachen, die verschiedenen Organe und Gewebe desselben eingeschlossen, keine einzige die erwähnten Symptome zur Folge hat. Bei vielen der an Menschen ausgeführten Operationen und bei den meisten, wenn nicht überhaupt allen Versuchsoperationen an Affen oder andern Tieren, wo jede Verletzung der umgebenden Teile verhütet und aseptisch behandelt wurde, ebenso bei solchen Personen, welche weder in Örtlichkeiten mit endemischem Kretinismus lebten oder gelebt hatten, zeigte sich nach Entfernung der Schilddrüse das Myxödem. Demnach überwiegt bezüglich dieses Punktes der positive Beweis den negativen, und scheint es hinreichend erwiesen, dafs

das Myxödem häufig durch die Abtragung und die pathologische Destruktion der Schilddrüse verursacht wird.

13. Insofern Frauen (ad 2) mehr als Männer von Myxödem ergriffen werden, wird bei jenen bezüglich der operativen Form des Myxödems kein erheblicher Unterschied derselben beobachtet.

14. Die allgemeine Beschaffenheit der Symptome und Pathologie führt zu der Annahme, dafs die unter der Bezeichnung „Myxödem" beschriebene Krankheit, wie sie bei Erwachsenen beobachtet wird, in Wirklichkeit dieselbe Affektion ist, welche man bei Kindern als sporadischen Kretinismus bezeichnet; ferner ist das Myxödem identisch mit der Cachexia strumipriva, und endlich besteht eine sehr nahe Verwandtschaft zwischen Myxöden und endemischem Kretinismus.

15. Wenn auch diese mehrfachen Zustände wesentlich von der Destruktion oder dem Verlust der Funktion der Schilddrüse abzuhängen oder mit diesen verbunden zu sein scheinen, so ist der letzte Grund für diese Destruktion oder den Verlust gegenwärtig noch nicht erklärt.

Nach Schlufs des Vortrages dankte der Vorsitzende (Broadbent) dem berichtenden Komitee im Namen der Gesellschaft in der anerkennendsten Weise. (*Deutsche Med.-Ztg.* 1888. No. 62.)

Frankreich.

Roque, **Der englische Schweifs.** (*La Prov. méd.* 1887. 47.) Die jüngste Epidemie in Poiton von Juni bis Ende Juli 1887 — einige tausend Erkrankte — gibt Verfasser Veranlassung zu einem historischen Rückblicke. Als das allen Epidemien Gemeinsame betont er den plötzlichen Beginn. In schweren Fällen befällt einen eben noch Gesunden Frost, Präkordialangst, Erstickungsanfälle. Tod nach 2 Stunden. Widersteht er, so treten profuse Schweifse 4—5 Stunden nach Beginn auf, die Eruption erst am 2. oder 3. Tage. Aber meist zuvor Tod unter nervösen Symptomen, ohne Schweifs und Eruption.

Im Jahre 1802 brach eine mörderische Epidemie zu Rottingen aus. Diesmal hat zwar der bekannte Pariser Forscher Brouardel als Regierungs-Kommissar die Epidemie, die viel gutartiger war, beobachten können, aber die drängenden Forderungen an die Organisation des Sanitätsdienstes und die kurze Dauer haben die wissenschaftliche Ausbeute sehr beeinträchtigt. Auch hat er nur eine Sektion machen können. Indessen die Symptomatologie ist in den besser bekannten Epidemien der letzten 130 Jahre klar genug. Die Perioden der Krankheit sind: Anfangs-, Eruptions- und Desquamations-Stadium.

Von allen Autoren wird das plötzliche Einsetzen betont, manchmal mit Prodromalerscheinungen (Foucart, Teilhol, Brouardel), bestehend in allgemeinem Übelbefinden, etwas Muskelschwäche, gastr. Störungen, Diarrhöe, Lumbarschmerzen, supraorbitaler Kopfschmerz, aber nichts Charakteristisches. Mit dem plötzlichen Anfang verbinden sich excessive Schwächeempfindungen, Angstgefühl, dann erst der charakteristische Schweifs. Gaillard berichtet von einem Kranken, der in 2 Tagen 65 Hemden durchnäfste. (?) Der Schweifs dringt durch Betten und Matratzen; er wird nicht kontinuierlich, sondern anfallsweise sezerniert. Er riecht fötide, nach Rayer und Rochoux wie verfaultes Stroh, nach Guénau de Mussy nach faulenden tierischen Substanzen. Grisolle aber spricht ihm jeden speziellen Geruch ab, wenn nur der Patient die Mittel hat, oft genug die Wäsche zu wechseln. Das Fieber beträgt 38—39° bei guten, 40—43° bei schweren, rasch tödlichen Fällen. Das Gesicht ist gerötet, die Augen injiziert, die Zunge dick belegt, aber feucht, dabei kein lebhafter Durst, etwas Anorexie; der Urin ist spärlich, rötlich, ohne Eiweifs. Daneben finden sich verschiedene intensiv-nervöse Symptome: epigastrische Konstriktion am häufigsten, die Kranken nennen es „Beklemmungen vom Magen aus", dann Dyspnoe (ohne objektiven Befund), Husten ohne Auswurf, Herzklopfen, auch ohne objektiven Herzbefund. Oft treten in dieser Periode auch Hämoptysen und Epistaxis auf.

Zuweilen sind nur Schwäche, Somnolenz, zuweilen auch Erregung mit Delirien, Alpdrücken, Gesichts- und Gehörs-Halluzinationen, Krämpfe und Kontrakturen der Hand oder Schlucken vorhanden. Diese Periode dauert 2—3 Tage, mit täglichen Remissionen und Fieberparoxysmen abends und nachts. Sie ist die gefährlichste, oft tödlich endend. Die zweite Periode wird eingeleitet von den Gefühlen des Prickelns, Ameisenkriechens, Brennens, Abfall der Temperatur und Rückgang der nervösen Symptome. Nach einigen Stunden beginnt die Eruption, zuerst im Gesicht, dann Arm, Rumpf und langsam erst die Beine ergreifend. Das Exanthem kann verschieden sein: rötel-, scharlachförmig, purpurartig oder hämorrhagisch.

Dies Exanthem bildet den Boden, auf dem die Miliaria sich bildet. Diese besteht aus ganz kleinen Papeln, beim Sehen und Fühlen körnig. Diese Papeln vermehren sich, vereinigen sich in Gruppen, füllen sich mit Flüssigkeit und werden zu Bläschen, die langsam eintrocknen. Diese Eruption erfolgt stofsweise, mit Fieber-Paroxysmen. Urin ist noch spärlich, dabei Obstipation; Stuhl teerartig, aashaft stinkend. — Die Papeln der Miliaria sind weifs oder rot. Dieser Unterschied ist nicht wesentlich. Auch die Kopfhaare und der Bart werden von der Eruption ergriffen, die sich sogar am Velum palatinum als rote punktierte Linie kennzeichnet. Prädilektionsstellen sind die Rückenfläche der Arme und Hände. Die untern Extremitäten bleiben oft verschont.

Nach 8—10 Tagen beginnt die dritte oder Desquamations-Periode, welche mit der Remission aller Hauptsymptome beginnt: Fallen des Fiebers, Nachlafs der Aufregung, gesteigerte Schweifssekretion, normaler

Urin. Nur die Konstipation bleibt bestehen, aber der Appetit kehrt zurück.

Die Desquamation geht entweder wie bei Morbillen oder wie bei Scarlatina vor sich. Analog der Eruption tritt auch die Desquamation stofsweise und mehrmals auf. Im Mittel dauert sie 7 Tage. Die Rekonvaleszenz ist immer eine langsame und schwere. Brouardel betont das anämische Aussehen der Kranken, welches lange anhält. Dabei ist der Gang unsicher. Die Kranken haben Ödem der untern Extremitäten, Anorexie, Konstipation, Schlaflosigkeit.

Aufserdem gibt es abnorme Krankheitsbilder: nämlich die schon oben erwähnte schwere Form, die rasch, in einigen Stunden, tödlich endet, und deren Symptomatologie in profusen Schweifsen, schweren nervösen Symptomen, hohem Fieber besteht.

Daneben gibt es noch eine ausnahmsweise benigne Form: gelinde Feuchtigkeit der Haut, sehr diskrete Eruption, fast zu übersehen. Dies ist die „ambulante" Form. Patient kann fortarbeiten.

B. hat eine den Kindern eigentümliche Form genau beschrieben. Prodome sind ähnlich denen der Masern. Fieber, Abgeschlagenheit, öfter anstrengender Husten, Koryza, Thränenträufeln. Dann kommen die Schweifsausbrüche, die aber wenig reichlich sind; Beklemmungen (ohne Lungen-Befund) und Erbrechen, ev. Epistaxis. Die Eruption tritt am 2. Tage, zuerst im Gesicht auf. Dann erfolgt in 8—10 Tagen Abschuppung. Trotz dieser, die Masern kopierenden Affektion sieht man nicht selten eine handschuhförmige Abschuppung in grofsen Fetzen.

Besonders in der letzten Epidemie hat sich diese Form infolge einer Morbillenepidemie gezeigt, nachdem die Kinder richtige Morbillen bereits überstanden hatten. Die Affektion kann auch übrigens an demselben Individuum im Laufe derselben Epidemie rezidivieren. In derselben Familie haben die Eltern klassische „suette miliaire" und die Kinder diese den Masern ähnliche Form. Die Kürze der Inkubation — 24 Stunden — ist schon ein Unterscheidungsmerkmal von den Masern.

Unsere path.-anat. Kenntnisse sind gleich null. Es existieren nur wenig Autopsien von früher her, die nichts Charakteristisches bieten. Nur Bourgeois hat ein vesikulöses Exanthem des Dickdarms und des Dünndarms gefunden. Aber niemand aufser ihm hat einen ähnlichen Befund konstatiert. Auch unsre Kenntnis über die Ätiologie läfst uns im Stich. Man hat niedrig gelegene, schattige Gegenden, Parrot Kalkboden angeschuldigt, aber ohne Beweise. Alle Autoren gestehen dem stehenden Wasser Einflufs zu, da man nach Überschwemmungen, grofsen Erd- und Kanalarbeiten Epidemien beobachtet hat. Weder Jahreszeit noch Klima hat Einflufs auf die Entwickelung der Krankheit, ebensowenig das Alter. Unter Parrots 197 Kranken war 1 weniger als 11 Jahre alt, 90 Kranke Teilhols waren insgesamt über 17 Jahre. Brouardel dagegen nennt die

Epidemie eine infantile. Beide Geschlechter sind gleich affiziert; Puerperalzustände sind ohne Einfluſs.

Kräftige Individuen werden leichter krank als Anämische und Schwache, besonders die in frischer Luft leben, auf der Erde schlafen und barfuſs gehen.

Sie ist nicht eine Krankheit der groſsen Städte, sondern der Dörfer, des Landes.

Der Gifterreger des „Englischen Schweiſses" ist noch unbekannt. JACCOUD und DOLERIS betonen seine Verwandtschaft mit der Malaria, wegen derselben tellurischen Bedingungen bei der Ausbreitung, der Koinzidenz beider in demselben Lande, desselben Fiebercharakters (remittierend und perniziös). Endlich könne sich in beiden Krankheiten das Virus nicht wiedererzeugen, daher die Unmöglichkeit der Übertragung. Auch LAVERON ist mehr für ein tellurisches Miasma. NIEMEYER und GRIESINGER rangieren sie gleich den Typhen zu den Krankheitsformen, die man sich von der Infektion des Organismus durch eine spezifische, wahrscheinlich organische Substanz vorstellt. COSIN meint, daſs der englische Schweiſs mehr von dem vasomotorischen Nervensystem resultiert. Schweiſs und Exanthem sind eher einer Affektion der Nn. cardio- et vasomotorii zuzuschreiben, nicht dem Fieber. Es ist also eine Endemie, wie die Grippe, infolge plötzlicher Änderung der athmosphärischen Bedingungen. — Einig war man bisher über die Nichtkontagiosität der Krankheit. Impfungen mit der Flüssigkeit aus Blasen und Pusteln waren negativ. Ammen haben die Krankheit nicht ihren Säuglingen übertragen. Nur BROUARDEL in seinem jüngsten Rapport stellt die Krankheit als eine eminent kontagiöse hin. Er citiert zahlreiche Beweise, z. B. in der Schule von Journet (63 Schüler) waren am 10. Mai 1, am 14. Mai 43 von dem Sudor anglicus befallen. Die Art der Übertragung ist unbekannt. Das Trinkwasser ist nach B.'s Ansicht nicht in Betracht zu ziehen. Die Übertragung ist eine ähnliche wie bei Masern und Scharlach.

Die Prognose ist je nach den Epidemien und Formen sehr verschieden. Die auſserordentlich hohe Sterblichkeit des Sudor anglicus ist nicht wieder beobachtet worden; in den neueren Epidemien war dieselbe 9—11%, in der letzten Epidemie zu Poitiers noch geringer.

Die Behandlung ist eine prophylaktische und symptomatische.

Fügen wir hier gleich den Vortrag von THOINOT über die **mediz. Geographie des Englischen Schweiſses in Frankreich** in den letzten 50 Jahren an. Von 85 Departements sind 30 immer immun gewesen. 1832 sind 80 Gemeinden ergriffen. 1841—42 noch mehr: die Zahl der Erkrankten beträgt 10800. — 1849 tritt der Sudor anglicus gemeinsam mit der Cholera auf.

Genaue Untersuchungen ergaben, daſs der Sudor anglicus endemisch ist. — Vor dem Erscheinen derselben sind oft Epidemien von abnorm ver-

laufenden Masern beobachtet worden, ebenso wie am Ende der Epidemien. (Soc. de méd. publ. *Journal des Soc. scientif.* 1887. 46.)

Beriberi in Poulo-Condore, von E. Reaucar. (Thèse de Paris. 1886. *Gaz. méd.* 1887. pag. 224 besprochen.) Verfasser hat in Cambodscha Beriberi selbst studieren können. Von 800 Gefangenen waren 70 gestorben, und unter diesen 70 Todesfällen kam 43 mal Beriberi vor; 1881 von 772 Gefangenen 22. Er beschreibt das Symptomenbild und hebt zwei Punkte besonders hervor: 1. die konstante Beziehung gewisser Narben zur Beriberi, 2. der deletäre Einfluſs jedes chirurgischen Eingriffs im Laufe von Epidemien.

München. Pauly.

Aus der Praxis.

Korrespondenz.

No. 34. In meiner Kindheit bekam ich nach den Masern eine Blepharo-Konjunktivitis, die mich eigentlich nie verlassen hat und temporär sich verschlimmert. Gegen das Konjunktivalleiden habe ich während meiner Studienzeit alle möglichen adstringierenden Mittel angewandt, und geniert mich diese Affektion eigentlich weniger als das begleitende, oft schuppende **Ekzem der Augenlider** (namentlich der unteren), gegen welches seitens der Augenärzte stets nur die bekannte Salbe von Hydrarg. oxyd. flav. mit Ungt. leniens. oder Ungt. angl. alb. mir anempfohlen wurde. Nun ist aber mein Lidrand und die daran anstoſsende Hautpartie, die mehr oder weniger stets gerötet aussieht, so empfindlich, daſs diese Salbe mich stets reizte und mir nie bekam. Strich ich sie abends auf den geschlossenen Lidrand auf, so waren meine Lider am nächsten Morgen nur noch mehr gerötet und entzündet. Die Hautentzündung lokalisiert sich namentlich im äuſsern Winkel des Auges, woselbst die Falte stets gerötet und ihrer Hornschicht beraubt erscheint. Gegen Staub, Tabakrauch etc. sind meine Augen ungemein empfindlich, und obwohl ich ein gutes Sehvermögen habe, so ist mir abends längeres Lesen beschwerlich. Wäre ich das brennende Gefühl am Lide los, welches mich zu fortwährendem Kratzen veranlaſst, so würde ich sehr zufrieden sein, ganz abgesehen davon, daſs in kosmetischer Beziehung das normale Aussehen des Lidrandes und der benachbarten Haut mir wünschenswert erscheinen muſs. (Trage meist Brille mit dunklem Glase.)

Können Sie mir ein besseres Mittel gegen meine Lidaffektion empfehlen?

Dr. H. in B.

Antwort der Redaktion: In der Voraussetzung, dafs es sich bei Ihrem lange dauernden Lidekzem um ein seborrhoisches und nicht um ein tuberkulöses (skrofulöses) Ekzem handelt, empfehle ich Ihnen zunächst folgende schwache Resorcinsalbe

℞ *Coldcream* 10,0
Resorcini purissimi 0,2
M. f. Ungt. S. täglich 3—4 mal leicht auf die Lider einzureiben.

Leider verträgt das Auge besonders bei bestehender Konjunktivitis nur selten Schwefelpräparate, welche, mit Zinkoxyd kombiniert, hier sonst am Platze wären. Eben deshalb findet das rote Hg-Oxyd, als dem Auge stets zuträglich, eine so ausgedehnte Verwendung bei Lidaffektionen. Sollte Resorcin das Lidekzem günstig beeinflussen, aber nicht vollständig heilen, so würde später nachts der Resorcinpflastermull, bei Tage ein Resorcinspiritus zur Beseitigung des Restes, als stärkere Resorcinpräparate, in Frage kommen. Resorcin ist wie S ein Spezifikum gegen seborrhoisches Ekzem. Die Einsalbung der Lider mit obiger Kühlsalbe kontraindizieren durchaus nicht, falls dieses sonst wohlthätig auf die Konjunktivitis wirkt, mehrmals täglich ½ stündlich gemachte Überschläge von Borwasser, welche bei guter Einsalbung den Lidern nicht schaden. Dagegen ist Waschen der Lider, besonders mit Seife, während der Zeit zu vermeiden.

No. 35. Ist das von Ihnen empfohlene Mittel (Bismuthum oxychloratum + Sublimat) gegen **durch Elektrolyse entstandene Pigmentierungen** ganz zuverlässig, oder können Sie ein besseres Mittel empfehlen?

Dr. O. in S.

Antwort der Redaktion: Mit dieser Komposition können Sie alle Pigmentablagerungen der Haut beseitigen, wenn sie nicht zu tief in der Cutis sitzen. Sollte die Pigmentation nicht eigentlich Ablagerung von Pigment, sondern infolge falscher Stromrichtung Deposite von Eisenoxydkörnchen darstellen, so würden Säuren (Essig, Zitronensaft, Salzsäure) in vorsichtiger Anwendung das Übel allmählich beseitigen.

Personalien.

Unser Mitarbeiter, Herr Dr. Pauly siedelt vom 1. Oktober ab nach Genua über, von wo er auch im dicht daneben gelegenen Nervi Praxis ausüben wird.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Bard. *De la leucocythémie considérée comme le carrer propre du sang.* (Lyon médical. No. 7. 1888.)

Hammond. *A treatise on the diseases of the nervous system.* New York 1888. D. Appleton.

Ellenberger. *Vergleichende Histologie der Haussäugetiere.* Berlin 1887. Paul Parey.

Sormani. *Igiene sperimentale. — Ancora sui neutralizzanti del virus tubercolare.* (Rendiconti del Regio Istituto Lombardo di Scienze. Serie II. Vol. XX. Fasc. XIX.)

Breda. *Lo ittiolo topico eccellente contro alcune catarri.* (Rivista clinica e Terapeutica. Anno X. No. 2.)

Hutchinson. *Syphilis.* London 1887. Cassel & Co.

Testu. *Des érythèmes polymorphes.* Inauguraldissertation. Lille 1888.

Lefebvre. *De l'eczéma des fileurs et varouleurs de lin.* Inauguraldissertation. Lille 1888.

Behrend. *Anthrarobin, ein Ersatzmittel des Chrysarobin u. der Pyrogallussäure bei der Behandlung von Hautkrankheiten.* (Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph. 1888.)

Martinotti e Oliva. *Sulla divisione dei nuclei nelle cellule dei tumori.*

Pelizzari. *Prostitutione e profilassi publica della sifilide.* (Lo Sperimentale. Januar 1888.)

Milton. *On the History, Nature, and Treatement of Syphilis.* London 1887. Henry Renshaw.

Mibelli. *Sulla combinazione del lupus col carcinoma.* Siena 1887.

— *Ricerche sopra la sede dei microfiti nell' epidermide umana normale.* Siena 1886.

— *Ricerche sperimentali sulla etiologia dell Alopecia areata.* Siena.

— *Di una forma rara della imene.* (Lo Sperimentale. Decembre 1886.)

Brocq. *Étude critique et clinique sur la Dermatite exfoliatrice.* Pari 1883. Octave Doin.

— *Études critiques et cliniques sur le Pityriasis rubra.* Paris 1884. Asselin & Co.

Barduzzi. *Brevi note di Dermatologia e Sifilografia.* Siena 1888. Enrico Torrini.

Walz u. Windscheid. *Die Desinfektionsapparate für Städte und Krankenhäuser.* Düsseldorf. L. Voss & Co.

Zander. *Untersuchungen über den Verhornungsprozeß.* II. Mitteilung. *Der Bau der menschlichen Epidermis.* (Archiv f. Anatomie u. Physiologie.)

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg und Leipzig.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 21. 1. November 1888.

Aus dem dermatologischen Laboratorium von Dr. P. G. Unna.

Die Einwirkung des regulinischen Quecksilbers auf tierische Gewebe.

Von

Dr. E. von Düring,
prakt. Arzt in Hamburg.

Mit einer Tafel.[1]

In nachfolgenden Zeilen teile ich einige wenige Befunde mit, die wir nach Injektion von regulinischem Quecksilber gemacht haben. Diese, eigentlich zufällig gewonnen, scheinen mir sehr interessant und zu weiteren Untersuchungen in der gleichen Richtung anregend. Denn aufser den nicht vollständigen, weiter unten anzuführenden Mitteilungen von Fürbringer und von Harttung habe ich keine Untersuchungen über die anatomischen Veränderungen, die an der Stelle der Injektion beobachtet werden, gefunden.

Da uns die klinischen Einzelheiten hier nur insoweit interessieren, als ihre Anführung nötig ist, um die Herkunft des Untersuchungsmaterials anzugeben, so will ich kurz über dieselben hinweggehen.

Im ganzen wurden 7 Patienten mit luetischen Sekundärerscheinungen mit Injektionen von Hg behandelt. Bei sämtlichen 7 Patienten schwanden die luetischen Erscheinungen; bei den bis jetzt in Beobachtung gebliebenen haben sich auch nicht die geringsten Recidive gezeigt.

[1] Die Tafel folgt in einer der nächsten Nummern.

Diese Ergebnisse beweisen, dafs das regulinische Hg resorbiert wird und stehen im Widerspruch zu dem, was FÜRBRINGER[1] über seine Versuche mitteilt. Er sagt: ... „Der Harn wurde zu verschiedenen Zeiten der Prüfung auf Quecksilber unterzogen ... aber stets mit negativem Erfolge ... Salivation oder sonstige auf Merkurgebrauch zu beziehende Nebenerscheinungen traten zu keiner Zeit auf. Ebensowenig war selbst nach dreimaliger Injektion (allerdings waren die Mengen bedeutend geringer, als wir sie wählten) (innerhalb 14 Tagen) irgend eine Wirkung auf die Roseola oder sonstige syphilitische Äufserungen deutlich, so dafs mit diesen Experimenten dauernd abgebrochen wurde."

Dem gegenüber kann ich unsre Erfahrungen in folgende Sätze zusammenfassen:

In allen Fällen wurde eine deutliche Quecksilberwirkung auf die syphilitischen Symptome konstatiert. Im Urin wurde Hg wiederholt und langdauernd nachgewiesen.

Salivation, Stomatitis und sonstige auf Merkurialgebrauch zu beziehende Nebenerscheinungen traten in einer Weise auf, dafs wir zu dem Schlusse gekommen sind:

Das Hydrargyrum vivum ist zur Luesbehandlung deshalb ungeeignet, weil die Wirkung kleiner Dosen eine zu langsame, gröfserer Dosen dagegen eine zu dauernde, sich steigernde ist. Wäre es möglich, die Dosierung — deren Schwierigkeit aus anatomischen Gründen wohl kaum zu überwinden ist — genau dem Individuum anzupassen, so würde es kaum eine geeignetere Form zur dauernden Merkurialisierung des Körpers geben; denn in allen Fällen von zum Teil sehr schwerer Lues schwanden die Erscheinungen, sobald das Hg seine Wirkung erst einmal zu äufsern begann, aufserordentlich prompt und dauernd.

Von 3 oder eigentlich von 2 dieser Patienten liegen neue Daten vor, die uns hier eingehender beschäftigen sollen.

Im Fall I (Injektion in die Glutäalmuskulatur) liefs sich nach längerer Zeit eine derbe Infiltration konstatieren, an deren Oberfläche eine gröfsere Anzahl fistelartiger Öffnungen sich befand, aus denen auf Druck stets Hg-Kügelchen entleert wurden; diese

[1] *Deutsches Archiv f. klin. Med.* Bd. 24. II. pag. 133 ff.

„Lymphfistel" bestand noch, ohne daſs es zu Eiterung gekommen wäre, bis zur Entlassung des Patienten. Material zur anatomischen Untersuchung gewannen wir nicht. (Gerade in diesem Falle wurde der Urin ganz regelmäſsig untersucht und zeigte, so lange Patient in Beobachtung blieb, stets Hg.)

Im Fall II war eine gröſsere Menge Hg beiderseits in die Glutäalmuskulatur injiziert worden; in 4 Wochen 4mal 5 Teilstriche einer Pravazschen Spritze regulinischen Quecksilbers. Schon bei der dritten Injektion steht bemerkt: Psoriasiformes Syphilid verschwunden.

Dieser Patient zeigte nun aber dauernd Symptome von Merkurialintoxikation, besonders eine starke Stomatitis, so daſs wir uns, als alle dagegen angewandten Mittel im Stich lieſsen, entschlossen, der Hg-Quelle direkt zu Leibe zu gehen.

Es lieſsen sich nämlich in der Tiefe der Muskulatur der Glutäen mehrere ziemlich derbe, im ganzen etwa hühnereigroſse Knoten fühlen. Wir inzidierten auf dieselben und konnten sie mit Leichtigkeit als vollkommen scharf umgrenzte, auslösbare Tumoren aus der Muskulatur entfernen.

Der Erfolg entsprach durchaus unsern Erwartungen. Die Wunden heilten auſserordentlich schnell und die Erscheinungen von Merkurialismus schwanden sofort, so daſs Patient schon nach 2 Wochen sich selbst als geheilt bezeichnete.

Auf dem Durchschnitt zeigen diese — im Gegensatz zu dem unten zu beschreibenden Tumor — ziemlich derben Knoten ein graurötliches bis graugelbes Kolorit. Die ganze Schnittfläche sieht wie gefeldert aus, durch starke, untereinander verbundene Bindegewebszüge; zwischen diesen Zügen ist die Masse des Tumors weicher vorquellend (am gehärteten Durchschnitt eingesunken), und in diesen weicheren Massen sind in groſser Menge bis zu Stecknadelkopfgröſse Quecksilberkügelchen eingelagert. Der Übergang in die gesunde Muskulatur ist überall ein ziemlich allmählicher.

Im Fall III hatten wir eine geringere Menge Hg unter die Haut des linken Vorderarms gebracht.

Der kurative Erfolg war in diesem Falle sehr gut, eine schädliche Wirkung wurde nicht beobachtet.

An Stelle der Injektion entwickelte sich nun aber im Laufe der nächsten drei Monate ein taubeneigroſser über das übrige Hautniveau stark prominierender, gegen die Umgebung scharf abgesetzter, gegen die Unterlagen etwas beweglicher Tumor. (Allerdings schien uns bei der Untersuchung der Tumor mehr in die Tiefe zu dringen, als es sich bei der Exstirpation thatsächlich zeigte.) Die Konsistenz war fast fluktuierend, wie die eines weichen Sarkoms. Die den Tumor überziehende Hautdecke war von blaurötlicher bis rotbrauner Farbe und von zahlreichen, kleinen Fisteln durchbrochen, aus denen sich spontan und auf Druck zwar nie Sekret, aber feinste, spiegelnde Hg-Kügelchen entleerten. Die Exstirpation des Tumors ging sehr leicht; der unterliegenden Fascie adhärierte er zwar etwas fester, lieſs sich aber überall als deutlich abgesetztes Gebilde aus dem gesunden Gewebe exstirpieren.

Sitz, Konsistenz und Aussehen des Tumors, wenn man von den Fisteln und den sich entleerenden Hg-Kügelchen absieht, waren derart, daſs derjenige, welcher von seiner Genese nichts wuſste, die Diagnose auf Sarkom oder weiches Fibrom gestellt hätte.

Auf dem Durchschnitt bot der Tumor ein sehr interessantes Bild.

Die pulpöse, fast seifenschaumartige, graugelbliche bis -rötliche Masse quoll über die Schnittfläche vor, wurde aber durch eine, der Grenze zwischen Cutis und Subcutis entsprechende, scharfe, unter dem Niveau der vorquellenden Masse zurückbleibende Linie in zwei Teile zerlegt. Überall in der Masse finden sich von kleinstecknadelkopfgroſsen bis zu mit freiem Auge kaum noch sichtbaren Quecksilberkügelchen.

Die Fälle II und III gaben mir das Material zur anatomischen Untersuchung. Ehe ich die mikroskopischen Befunde mitteile, will ich kurz anführen, was an ähnlichen Angaben in der Litteratur mir zugänglich war:

Fürbringer (l. c. pag. 156) gibt in einem Nachtrag I folgende Mitteilung:

„Ich erhielt . . . eine Zuschrift, daſs sich aus umschriebenen Hautulcerationen am Arme einer angeblich von mir früher be-

handelten Patientin Kügelchen regulinischen Hg.s durch Druck entleert hätten . . . es war dies ein vor nahezu $1^1/_2$ Jahren wegen frischer Sekundärsyphilis mit subkutanen Quecksilberinjektionen behandeltes Mädchen. Es zeigten sich im Bereiche der früheren Injektionen indurative, umschriebene Verlötungen der Haut mit der unterliegenden Fascie. An zwei Stellen ist es zur Entwickelung braunroter, mit seichten Fisteln durchsetzter und mit flachen Granulationen bedeckter, indolenter Knoten gekommen. Es gelingt mir aus einem derselben Hg-Kügelchen mit spärlichem Wundsekret zu entleeren . . . "

Die von HARTTUNG[2] angeführte Arbeit von LUTON ist mir nicht zugänglich gewesen.

HARTTUNGS Angaben (l. c.) in der Arbeit über „*Verwendung des Oleum cinereum* (NEISSER)" bringe ich sogleich ausführlich.

Einerseits sind aber die von H. injizierten Massen geringer, anderseits ist die bis zur Untersuchung verstrichene Zeit kürzer, als in meinen Fällen, so daſs ich seine Befunde eigentlich nicht zum Vergleich heranziehen kann.

„In zwei Fällen (unter 5) fand sich makroskopisch etwas sulziges Ödem der Glutäalmuskulatur (Leichenhypostase), die Hautdecken über denselben in allen Fällen absolut intakt. Die Injektionsstellen waren nur in einem Fall zu fühlen, meist bedurfte es bis zu ihrer Auffindung längeren Suchens. In allen Fällen findet man beim Durchschneiden derselben einzelne stecknadelkopf- bis erbsengroſse, gelbliche Herde, unregelmäſsig versprengt in dem etwas ödematösen Gewebe; mehrere tragen in ihrer Mitte unregelmäſsig verteilt makroskopisch sichtbare, stark glänzende Kügelchen und Pünktchen. Die Kontur ist nicht immer eine kreisrunde, sondern öfters unregelmäſsig, die Umgebung zum Teil imbibiert. Auf den Fascienbündeln der näheren Umgebung bei einigen Schnitten stark glänzende, kleine, wegwischbare Körnchen. In einem Präparat findet sich eine kleine Höhle von Stecknadelkopfgröſse, graue Flüssigkeit enthaltend; mikroskopisch kennzeichnet sich die Flüssigkeit als graues Öl; die Wand der Höhlung wird von zerrissenen und auseinander

[2] *Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.* XV. 3. pag. 373.

gedrängten, zum Teil von Entzündungsprodukten durchsetztem Gewebe gebildet."

Die Tumoren von Fall II und III wurden in Alkohol gehärtet und in Celloïdin eingebettet. Färbungen mit Alaunkarmin ergaben die besten Bilder, während einige weiter anzugebende Punkte in ungefärbten Schnitten am besten zu sehen waren. — Ich gebe zunächst den mikroskopischen Befund von Fall III:

Wenn man die eingebetteten Schnitte im durchfallenden Lichte betrachtet, so zeigt sich schon makroskopisch, dafs Cutis und Subcutis von einer Gewebsvermehrung betroffen sind. Haut und Oberhaut erheben sich am Rande des Tumors nicht nur um ihn zu überziehen, werden nicht etwa nur durch die von unten gegendrängende Gewebsneubildung vorgeschoben, sondern sind selbst auf das vier—fünffache der Norm in allen einzelnen Schichten verdickt. Besonders gilt das für die Körnerschicht, die in enormer Weise verbreitert ist.

Die gesamte Stachelschicht, auch die der Haarbälge, ist stark verbreitert, unter flacher Verziehung des Papillarkörpers. Im auffallenden Lichte sieht man in allen Schnitten zahlreiche glänzende Hg-Kügelchen.

Die Subcutis zeigt sich von Massen jungen, fibrillären Bindegewebes und besonders Spindelzellen durchzogen, zwischen denen sich zahlreiche grofse Rundzellen eingebettet finden. Hin und wieder trifft man auf durchschnittene Muskelfasern, die deutlich regressive Metamorphose: starke Körnung, Wucherung der Zellen des Perimysiums zeigen. Kleinzellige Infiltration findet sich nur spärlich; stärker ist sie nur in der Umgebung der überall frei in den Lymphbahnen liegenden Kügelchen von spiegelndem Hg. Ja, hier wird sie bisweilen so stark, dafs man fast an eine eiterige Infiltration des Gewebes denken könnte, wenn nicht der klinische und makroskopisch-anatomische Befund dem widerspräche. Gefäfsneubildung zeigt sich in stärkerem Mafse namentlich gegen die Grenzen des Tumors hin. An den Stellen, an welchen sich eine Fistel nach aufsen öffnete, sehen wir die Cutis beiderseits sich in ganzer Dicke einstülpen, so dafs also der Gang mit Epithel ausgekleidet ist; nach unten schliefst sich eine derartige Öffnung direkt an eine Lymphspalte

an, in der wir Hg-Reste liegen sehen. Nirgends in der Umgebung dieser Fisteln ist stärkere Infiltration zu sehen, was etwa auf den vorhergegangenen Durchbruch eines Exsudats nach aufsen schliefsen liefse.

Im ganzen bietet also der vorliegende Schnitt das Bild, wie wir es bei einem weichen Fibro- (Spindelzellen-) Sarkom finden. Die Abgrenzung gegen das gesunde Gewebe ist allerdings stellenweise schärfer, durch einen stärkeren Zug von Bindegewebe angedeutet; an andern Stellen ist aber der Übergang gerade so wenig bestimmt, wie an einem in der Ausbreitung begriffenen Tumor.

Leider gelang es mir nicht, einen Teil des Tumors so zu behandeln, dafs ich gute Kernteilungsbilder erhalten hätte.

Schnitte durch die Tumoren von Fall II ergeben ähnliche Bilder; nur finden sich hier die rein zelligen Partien weniger, dagegen grofse Strecken von ganz jungem, zum Teil noch meist aus Spindelzellen bestehendem Bindegewebe. Gegen die Peripherie zu finden sich Reste der Muskelfasern, zwischen denen sich aber auch schon zum Teil junges Bindegewebe dazwischen schiebt; zum Teil zeigt sich hier etwas reichlichere kleinzellige Infiltration. In den Muskelfasern finden sich Zeichen regressiver Metamorphose — die Fasern haben zum Teil die Farbe (Alaunkarmin) nicht angenommen (Koagulation), zeigen starke Körnung, Vakuolenbildung, Wucherung der Zellen des Perimysiums. Auch hier ist in der Peripherie ziemlich reichliche Gefäfsneubildung, auch hier um die — durchweg mit gröfseren — Quecksilberkugeln angefüllt gewesenen Lymphlücken stärkere kleinzellige Infiltration.

Auf den ersten Blick fällt es auf, dafs wir viel mehr schwarze Hg-Reste in gröfseren Massen, und reichlicher den Lymphspalten anhaftend treffen. Es ist wohl erklärlich, dafs in der blutreichen Glutäalmuskulatur schneller eine Oxydation zustande kommt, als in dem subkutanen Bindegewebe.

Derartige Befunde, wie ich sie eben beschrieben habe, sind meines Wissens noch nicht veröffentlicht.

Ich mufs noch einmal betonen, dafs wir einige Monate diese Geschwülste beobachten konnten; dafs weder bald nach der Injektion — die ohne mehr als die gewöhnlichen Kautelen gemacht

wurde[3] —, noch später Eiterung oder überhaupt Sekretion beobachtet wurden; dafs wir ein Schrumpfen der Tumoren nicht bemerken konnten, viel eher anscheinend ein langsames Wachsen.

Obwohl offenbar das injizierte Hg eine bedeutende Reizung der betroffenen Gewebe bewirkt hatte, obwohl im Fall III der durch Fisteln mit der atmosphärischen Luft kommunizierende, allen Schädlichkeiten ausgesetzte Tumor alle Bedingungen darbot, kam es nie zu einer Eiterung.

Wie man nun auch die Frage entscheiden will: Haben wir es hier mit Tumoren im engeren Sinne des Wortes zu thun, etwa mit gutartigen weichen Fibromen, oder haben wir hier nur das Produkt einer Entzündung vor uns — ich will durchaus in der Richtung mich nicht definitiv aussprechen —, immer stehen wir der interressanten Thatsache gegenüber, dafs durch einen chemischen Reiz eine Gewebsneubildung, ohne Eiterung, entstanden ist. Gerade jetzt, wo in der That, wie Grawitz[4] sagt, „die Autoren sich mehren, die sich von der Cohnheimschen Lehre lossagen und zu der Lehre von der aktiven Proliferation der Bindegewebszellen zurückkehren", sind derartige Befunde doppelt interessant und zu neuem Nachdenken und zu neuen Untersuchungen anregend.

Wenn wir es mit einem einfachen entzündlichen Prozefs zu thun hatten, mit einer Entzündung nach Cohnheimscher Theorie, weshalb bekamen wir dann nicht entweder Eiterung und Schmelzung des durch Monate hindurch beobachteten Infiltrats oder aber eine narbige Schrumpfung? Sehen wir doch bei allen übrigen chronischen Entzündungsprozessen wenigstens mehr oder minder bedeutende „Sekretion", resp. „Exsudation", oder eben „Narbe". Aber keins von beiden finden wir hier.

Sollten wir annehmen, dafs der chemische Reiz — denn um einen mechanischen kann es sich bei dem geringen Volumen des regulinischen Hg kaum handeln — derartig gewirkt hat, dafs

---

[3] Allerdings mit durch Salpetersäure vollkommen sterilisiertem Hg.
[4] *V. A.* Bd. 108. pag. 93.

stets zwar eine Zelleinwanderung, niemals aber ein Abschluſs des Prozesses nach der einen oder andren Seite stattgefunden hat?

Oder macht uns vielleicht die Virchowsche Theorie der Entzündung den hier abgelaufenen Prozeſs verständlicher? daſs es sich um eine durch den stets vorhandenen Reiz des in den Lymphbahnen abgelagerten Quecksilbers angeregte Proliferation der fixen Bindegewebszellen handelt?

Dabei zeigt sich dann aber wieder, daſs es schwer zu sagen ist, wo die Grenze zwischen eigentlicher Tumorbildung und entzündlichen Produkten zu ziehen ist.

Das ist eine Kette von interessanten Fragen, welche die mitgeteilten Befunde bei uns aufs neue angeregt haben. Am Menschen weitere Injektionen von purem Hg zu machen, haben wir keinen Grund; denn nachdem das theoretisch wichtige Resultat feststeht, daſs das Hg bei genügend langer Beobachtungsdauer und genügend groſser Dosierung in der That massenhaft resorbiert wird, scheinen uns die im ersen Moment allerdings reizenderen, dafür aber auch rascher wirkenden und besser zu dosierenden Hg-Verbindungen weitaus den Vorzug zu verdienen. Vielleicht aber wird uns das Tierexperiment neue Aufschlüsse geben — namentlich darüber, was schliefslich aus den Tumoren geworden wäre. In unsern Fällen bleibt dies eine offene Frage, die wir nicht entscheiden können.

Aus der Unnaschen Klinik für Hautkranke in Hamburg.

Syphilis und Ekzema seborrhoicum.

Von

P. G. Unna.

Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilidologie auf der 61. Naturforscherversammlung in Köln a. Rhein.

Mit 1 Tafel in Lichtdruck.

Das Kapitel der Syphiliden ist heutzutage, dank den ausgezeichnet sorgfältigen Arbeiten der neufranzösischen Schule,

besonders von A. FOURNIER, eines des bestbearbeiteten Kapitel der Medizin überhaupt. Die Vielseitigkeit der Syphiliden, jene mit Recht betonte Polymorphie dieser Klasse von Exanthemen, hat sich unter den Händen dieser Forscher in eine Reihe klinisch durchsichtiger, fester Typen verwandelt, welche sich dem Gedächtnis des Arztes um so leichter einprägen, als beinahe jede derselben unter den bekannteren Hautkrankheiten ihr Spiegelbild, ihren Vertreter wiederfindet. Die mannigfaltigen Varietäten dieser einfachen Typen und damit die Mannigfaltigkeit der Syphiliden überhaupt ergaben sich nach dieser heute herrschenden Ansicht als selbstverständliche Abwandlungen der wenigen anatomisch einheitlichen Grundformen unter dem Einfluſs verschiedener Lokalitäten, Geschlechter, Alterstufen und Konstitutionen.

So erscheint es fast vermessen, zu diesem festen Bau noch einen oder den andren Grundstein herbeitragen zu wollen, nur die Ausschmückung desselben im einzelnen bliebe uns, den Epigonen, überlassen.

Und doch kann sich die Syphilis so wenig wie eine andre Krankheit, welche ihre Produkte in der Haut zeitigt, dem allgemeinen befruchtenden Strome der heutigen Dermatologie entziehen. Niemand wird hindern können, daſs derselbe zeitweilig über sein Ufer tritt, daſs der Dermatologe die auf seinem Gebiete als richtig erkannten Thatsachen auch auf das betreffende, verwandte Kapitel der Syphilidologie überträgt.

So wird beispielsweise kein Dermatologe von heute Anstoſs daran nehmen können, wenn jemand die altbekannte aber immerhin nicht häufige Form des akneiformen Syphilids als das Produkt einer Mischinfektion hinstellt, hervorgegangen aus einem kleinpapulösen, follikulären (lichenoiden) Syphilid unter gleichzeitiger Einwirkung eines eiterbildenden Kokkus; denn bisher kennen wir vom Syphiliskeime nicht die Eigenschaft, die Gewebe zur Vereiterung zu bringen. Im Gegenteil, die Initialsklerose, das papulöse Infiltrat besitzen eine spezifische Trockenheit; das Gumma erweicht wohl, vereitert aber nicht im eigentlichen Wortsinne auſser durch sekundäre Infektion.

Gerade so wie jenes bisher als ein einfacher Typus be-

trachtete akneiforme Syphilid ohne weiteres ätiologisch in seine noch einfacheren Bestandteile zerlegt werden kann, so haben wir nach meinen Erfahrungen allen Grund, eine ganze Reihe andrer wohlbekannter Syphilide als Mischinfektionen von Syphilis mit dem seborrhoischen Ekzem zu betrachten.

Ich wurde zuerst mit Notwendigkeit auf diese Koëxistenz zweier verschiedener Exantheme hingewiesen, indem ich mich bemühte die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und seborrhoischem Ekzem in zweifelhaften Fällen sogenannter Corona Veneris zu ziehen. Ich mufste zugestehen, dafs beide Krankheitskeime vorlagen, dafs sich das syphilitische Exanthem in seiner Ausbreitung genau an die Grenzen der hyperämischen Zone eines seborrhoischen Ekzems hielt ohne die sonstigen Charaktere der Farbe, Form und des Verlaufs eines lentikulären Syphilids zu verleugnen.

Nachdem die Möglichkeit der Symbiose zweier so verschiedener Krankheitskeime auf diese Weise einmal erkannt war, schien der Zufall von nun an mir nur noch ähnliche Fälle zuzuführen, wo immer es sich nur um papulöse, papulo-krustöse, besonders aber serpiginöse Syphilide der späteren Sekundärperiode handelte. Ein eingehendes Studium, welches ich in den letzten Jahren speziell dem seborrhoischen Ekzem widmete, liefs mich die schwächsten Symptome des seborrhoischen Prozesses leicht erkennen. Wo nun sekundäre Syphilis in das Spiel kam, zeigte sich regelmäfsig, dafs sie nicht nur in ihrer Ausbreitung, sondern auch in der Intensität der entzündlichen Symptome sich genau an den seborrhoischen Prozefs anschlofs, gleichsam in dessen Fufstapfen trat.

Ich will Sie an dieser Stelle, meine Herren, nicht mit Krankengeschichten ermüden; die Fülle der auf diese Weise zu erklärenden Thatsachen ist überdies so grofs, dafs ich mich beeilen mufs, alle jene klinischen Bilder in rascher Folge Ihnen vorzuführen, welche nach meiner Überzeugung heute schon aus der Menge der „einfachen Syphiliden“ herausgehoben werden müssen, um als solche Mischinfektionen eine befriedigendere Erklärung zu gewinnen. Ich bin überzeugt, dafs Sie, einmal auf diese Art der Deutung hingewiesen, sehr bald an dem in

dieser Hinsicht reich fliefsenden Krankenmaterial zu der gleichen Ansicht wie ich gelangen werden.

Ich habe drei Grade des seborrhoischen Prozesses unterschieden, einen leichteren und zwei schwerere. In der schuppigen Art ist der entzündliche Charakter am schwächsten ausgeprägt; sie bildet fast stets den — meist unbeachtet bleibenden — Anfang des seborrhoischen Ekzems. Sie tritt auf entweder in Form zirkulär begrenzter, bleich oder geröteter, schuppender Flecke und Flächen (Pityriasis capitis, barbae, faciei, corporis) oder leicht erhabener, unregelmäfsig begrenzter und ineinander fliefsender, gelbroter schuppender Papeln (Ecz. seb. papulosum corporis, Rosacea seborrhoica faciei) oder regelmäfsiger, serpiginös fortschreitender, gelbroter, papulöser Scheiben und Ringe mit erodierter Peripherie und gelbem, eingesunkenem Zentrum (Ecz. seb. annulatum sterni, dorsi, flexurarum, gewisse Eczemata marginata nuchae).

Von diesen Varietäten der schuppigen Art verstärkt sich, indem die entzündlichen Erscheinungen zunehmen, der Prozefs nach zwei Richtungen. Einmal wächst mit dem Katarrh die Menge der Schuppen und des Fettes, dann haben wir die borkige (krustöse) Art vor uns (viele Fälle von sogenannter Psoriasis gyrata und annulata, viele trockene Ekzeme), oder es nimmt der Prozefs die Richtung des gewöhnlichen wässerigen Katarrhs, dann entsteht die nässende Art des seborrhoischen Ekzems (Ecz. seb. madidans capitis, aurium, genitalium, flexurarum).

Beide höheren Grade des seborrhoischen Prozesses können in denselben drei Formen wie die einfach schuppige Art auftreten, als gleichmäfsig befallene zirkulär begrenzte Fläche, als unregelmäfsige, netzförmig zusammenfliefsende Aussaat, oder als scharf begrenzte, fortkriechende Scheiben und Ringe. Doch liebt die borkige, besonders die letztgenannte ringförmige, die nässende, die erstgenannte, flächenhafte Verbreitungsart.

Wie immer nun der seborrhoische Katarrh sich manifestiere, in jeder Form kann er den Boden für das papulöse Syphilid, die spezielle Neubildung der sekundären Periode, vorbereiten und deren Ausbruch mitbestimmen. Die folgenden Syphiliden,

welche alle dieser Periode angehören, haben sich mir allmählich als Mischinfektionen von Ekzema seborrhoicum und Syphilis ergeben.

Zunächst — ich folge der Nomenklatur FOURNIERS — das papulo-krustöse Syphilid (Syphilide papulo-crouteuse). Schon die Aufstellung eines krustösen Syphilids ohne begleitende Ulceration ist für die seborrhoische Abstammung charakteristisch genug. Von Krusten sprechen wir sonst nur, wenn wässerige Sekrete zu locker gebauten, geschichteten Produkten eintrockneten, im Gegensatze zu den fester geschichteten, kein vertrocknendes Fluidum einschliefsenden Schuppen. Aber für die Borken des trockenen seborrhoischen Ekzems mufste eine Ausnahme gemacht werden; das Fett vertrat hier die Stelle des Serums der gewöhnlichen Borken. Und ebenso unterschied FOURNIER die papulo-krustösen Syphilide ohne Ulceration sehr wohl von den pustulo-krustösen mit solcher, und betonte, dafs nach Abhebung jener Krusten die trockene, glänzende, nicht usurierte Papel zum Vorschein käme. Es ist eben in beiden Fällen dasselbe Produkt; das papulo-krustöse Syphilid ist ein lentikuläres Syphilid auf der Basis eines borkigen seborrhoischen Ekzems, daher bedeckt sich das Syphilid mit trockenfettigen Borken.

Diese Form des Syphilids okkupiert stets die Lieblingsstellen des seborrhoischen Ekzems, besonders den behaarten Kopf und das Gesicht. Es bildet einen grofsen Teil der Fälle von sogenannter Corona Veneris, wenn nicht alle. Der gelbe seborrhoische Saum erstreckt sich meist an der Stirne und den Schläfen noch über die Grenze der Papeln hinaus. Die entzündlichen, gelbroten, flachen seborrhoischen Papeln verwandeln sich unter dem Einflufs der Syphilis in gröfsere, erhabenere, derbe, fleisch- bis kupferfarbene, dunkle, pigmentierte, spezifische Papeln, oder papulöse Randinfiltrate, welche nur noch durch die dicken, lockeren, gelbbraunen, leicht abhebbaren Krusten und den gelben Ton der Umgebung ihren Mutterboden verraten.

Auf dem Haarboden des Kopfes, des Schamberges, im Bart, konfluieren diese krustösen Papeln hin und wieder zu geschwulstartig erhabenen Platten, welche im Zentrum einsinken und von scharf geschnittenen, polycyklischen Rändern begrenzt sind.

Ganz besonders aber tritt diese Form in die Fußstapfen der Seborrhöe in den Nasolabialfurchen. Hier verkündet bekanntlich selbst bei Abwesenheit jedes schuppigen Exanthems eine gesättigt gelbe Färbung die Anwesenheit der Seborrhöe, welche sich, von den Augenbrauen beginnend, Nase und Mund dicht einschließend, in der Mittellinie des Gesichtes bis zur Mentalfurche herabzieht. Es ist dies zugleich die symmetrisch durch Nase und Mund geteilte Schweißrinne der Hyperidrosis oleosa. Nun, ganz genau entsprechend dieser Ausbreitung ziehen sich zu beiden Seiten des Nasenrückens herab, um den Mund herum bis zum Kinn, in solchen Fällen eine Reihe von warzenähnlichen, erbsengroßen, derben Papeln. Nirgends sonst stehen die syphilitischen Papeln in so regelmäßiger, charakteristischer Reihenfolge. Aber nicht die Syphilis ist es, welche diese Reihenfolge diktiert, sondern die Linie der entzündlich gereizten, seborrhoisch affizierten, großen Knäueldrüsen in den Nasolabialfurchen; und so typisch ist der Anblick dieses Komplexes von Erscheinungen, daß man die betreffenden Patienten schon von ferne, prima vista als Syphilitiker und zugleich als Seborrhoiker erkennen kann.

Am übrigen Körper, besonders ám Rumpf und den Unterschenkeln, zeigt das papulo-krustöse Syphilid hauptsächlich die serpiginöse Form, Kreise, Halbkreise, Kreissegmente, vielfach geschlungene Bogenlinien mit gesundem Zentrum. Man hat diese serpiginösen Formen als Beweis dafür genommen, daß sich sekundäre, papulöse Syphilide in der Fläche, gleich vielen parasitären Hautkrankheiten, ausbreiten können. M. H. Ich bin ganz entgegengesetzter Ansicht. Das papulöse Syphilid, welches die Grundlage für die meisten Syphilide der Sekundärperiode bildet, hat an und für sich gar keine Tendenz sich kontinuierlich circinnär auszubreiten. Ein flächenhaftes Befallensein großer Hautpartien kommt zu stande, indem zwischen den runden oder ovalen, älteren Papeln fortwährend neue eingeschoben werden, die dann allerdings zu einem Kontinuum zusammenfließen können. Es ist derselbe Vorgang wie bei einer Variola confluens, einer schweren Purpura oder einer andren infektiösen Gesamterkrankung, welche vom Gefäßsystem aus die Haut akut oder subakut befällt.

Ein ununterbrochenes, nach allen Richtungen gleichmäfsiges Fortschreiten in der Fläche spricht im allgemeinen stets für eine Erkrankung der Oberhaut oder des Papillarkörpers, denn nur diese sind nach allen Richtungen der Fläche gleichmäfsig gebaut. Die Cutis ist bekanntlich an den meisten Stellen ungleichmäfsig spaltbar, d. h. sie zeigt nach den verschiedenen Richtungen der Fläche verschiedene Wegsamkeit und Widerstände. Das prägt sich bei allen solchen Erkrankungen des Cutisgewebes selbst und seines Lymphgefäfssystems aus, welche den Bau derselben respektieren (Erysipelas, Lymphangitis, Phlegmone); nur die nekrotisierenden Prozesse können hier gleichmäfsig serpiginös fortschreiten (Lupus exulcerans, Phagedänismus, Ulcus cruris). Deshalb ist es durchaus nicht auffallend, dafs das in der Oberhaut fortkriechende seborrhoische Ekzem wahre Serpiginosität zeigt, das papulöse Syphilid an und für sich aber nicht.

Nun wird aber das letztere Exanthem von einem andren Umstand stark beeinflufst, nämlich den mehr oder weniger hyperämischen Zustande der Cutis. Es kann wohl als ausgemacht gelten, dafs zur Zeit der Eruption eines Syphilids stets diejenigen Punkte der Haut von dem Exanthem bevorzugt werden, welche, sei es durch äufsere Reizung, wie Druck von Kleidungsstücken, Kratzen und andre Traumata, oder sei es durch gleichzeitig einwirkende infektiöse Exantheme, vor allem Masern und Pocken, in einen hyperämischen Zustand versetzt werden. Ebenso ist nun auch der hyperämisierende Einfluſs mancher Hautkrankheiten hinreichend um die Lokalisation eines gleichzeitig ausbrechenden papulösen Syphilids mitzubestimmen. Eine Miliaria rubra kann zum Ausbruch eines vorzugsweise kleinpapulösen Syphilids des Rumpfes führen, zufällig bestehende Scabies zu besonderer Prädilektion des Exanthems für die Interdigitalfalten und Hinterbacken.

Und nun komme ich zu dem serpiginösen Syphilid der Sekundärperiode zurück und sage: eine serpiginöse, parasitäre Erkrankung der Oberhaut vermag dem ausbrechenden syphilitischen Exanthem ihren Stempel wahrer Serpiginosität aufzudrücken, indem sie kon-

tinuierlich fortschreitend immer neue, bisher gesunde, ringförmige Bezirke zur Entwickelung der Syphilisneubildung befähigt.

Wenn Sie das beifolgende Bild (s. Tafel) betrachten, werden Sie mir recht geben, dafs das Syphilid hier recht eigentlich in die Fufstapfen des seborrhoischen Ekzems tritt. Die Patientin, Haushälterin, 54 Jahre alt, war von mir bereits vor 3 Jahren an einem Ekzem des Kopfes, Halses, der Arme und Hände behandelt und damals geheilt worden. Sie acquirierte inzwischen Syphilis und kam am 3. August 1888 wieder in meine Behandlung mit einem typischen serpiginösen, papulo-krustösen Syphilid des Halses. Die Untersuchung ergab nun den behaarten Kopf frei von Schuppen, dagegen auf dem Sternum eine charakteristische Gruppe des squamösen, annulären, seborrhoischen Ekzems. Von hier aus erstreckte sich am Halse vorn und an den Seiten aufwärts ein eigentümliches, durch einen doppelten Ring von Effloreszenzen begrenztes Exanthem. Der äufserste Ring war hellrötlich, an einigen Stellen flach, mit gelblichen Schuppen bedeckt, an andern Stellen papulös erhaben und zum Teil von Schuppen entblöfst; am Sternum ging derselbe in die hier befindliche Gruppe von seborrhoischem Ekzem über und war auch sonst unschwer auf seiner ganzen Linie als der fortschreitende Rand eines [seborrhoischen Ekzems zu erkennen. Nach innen erhob sich durch einen zentimeterbreiten Zwischenraum getrennt, steiler und höher als der erste Ring, ein zweiter von weit dunklerer bräunlich-roter Farbe, der beim Rollen einer Hautfalte durch die Finger im Gegensatz zu dem äufsern Ringe die Resistenz einer ziemlich derben Infiltration der Cutis fühlen liefs. An einigen Stellen war dieser Ring mit dicken bräunlichen Krusten bedeckt, die beim Ablösen eine glänzende, wie gefirnifste, aber nicht nässende Oberfläche hinterliefsen; an andern Stellen war derselbe den Hautfalten entsprechend zerklüftet. Von diesem innern Ringe an, der wie der äufsere nur an der rechten vorderen Halsseite kontinuierlich ausgebildet war, zeigte die Haut des Halses hinauf bis zum Gesicht eine scheckige, dunkle Pigmentierung, die von vielen grellweifsen, narbigen Stellen unterbrochen war. Wo sich diese Pigmentierung schwächer ausgebildet zeigte, überwog der gelbliche Teint der seborrhoischen Affektion, und überdies waren besonders an der linken Halsseite in weiteren Abständen noch eine Anzahl gröfserer, nummulärer, kupferfarbener, borkiger, syphilitischer Papeln verteilt.

Dieses buntscheckige Bild liefs nur folgende Erklärung zu. Sehen wir von dem Pigmentsyphilid des eigentlichen Halses ab, so war der Übergang des Halses zur Brust von zwei chronischen Exanthemen eingenommen. Das weiter ausgedehnte und zuerst aufgetretene derselben gehörte zu einer seborrhoischen Affektion, an welcher die Patientin früher in ausgedehntem Mafse gelitten. Farbe, Konsistenz, Umrandung, zentrale Abheilung, Beschaffenheit der Schuppen, alles liefs an dem nach aufsen vorgeschobenen

Ringe nur diese Diagnose zu; verdeckte man jedoch diesen Ring und betrachtete nur den inneren, so zweifelte wieder niemand wegen der charakteristischen Farbe und Konsistenz desselben an seiner syphilitischen Natur, ebensowenig wie an der der einzeln stehenden, gröfseren, kupferfarbenen, mit Borken bedeckten Papeln. Da in diesem Falle die Grenzen des Ekzems und des Syphilids auseinanderfielen, so wurde hierdurch die Aufeinanderpfropfung beider Exantheme für jeden sofort klar. Deshalb wählte ich gerade diesen Fall zur Erläuterung eines Vorganges, der ein ungemein häufiger aber nicht immer so leicht zu demonstrierender ist.

Das serpiginöse, borkige Syphilid ist also nach meiner Ansicht stets eine Mischinfektion. Ich möchte diesen Satz noch an einer andren Lokalisation des Syphilisgiftes illustrieren. Wir haben bekanntlich zwei prognostisch sehr verschiedene Formen des psoriasiformen Syphilids der Handteller — (sogenannte Psoriasis palmaris) — zu unterscheiden. Eine leichte, welche bald nach dem Beginn der Sekundärperiode zugleich mit andern Formen des papulösen Syphilids akut auftritt. Es erscheinen hier ziemlich gleichzeitig multiple, linsengroſse, rote, später von einer Hornkrause umgebene Flecke, welche nicht auf die volare Handfläche beschränkt zu sein brauchen, meist isoliert stehen und nicht zu starken Schuppenauflagerungen führen. Dieses Syphilid verschwindet unter der gewöhnlichen Allgemeinkur und erfordert keine energische Lokalbehandlung.

Ganz anders erscheint jedoch die prognostisch ungünstigere Form des psoriasiformen Syphilids; sie entsteht schleichend und kommt daher meist erst in der späteren Zeit der Sekundärperiode zur Behandlung. Sie beginnt gewöhnlich im Zentrum der Vola, breitet sich von hier aber stets konzentrisch fortschreitend nach einer oder mehreren Richtungen kontinuierlich, ganz wie ein wahres serpiginöses Exanthem aus. Die Affektion bereitet im Gegensatz zu der leichten, indolenten Form subjektive Beschwerden. Spannung, Hitze, Schmerzen und anfallsweises Jucken begleiten sie oft. Allmählich produziert sie derbe, fettige, gelbliche Schuppenauflagerungen besonders an der Peripherie, während die Affektion im Zentrum einsinkt. An den Gelenken der Finger und den tiefen Falten der Hohlhand führt sie zu schmerzhaften Einrissen. An den Fingern anlangend kriecht sie zuweilen an allen gleichmäſsig fort, so daſs die

Finger geschlossen die serpiginöse Linie erkennen lassen, die allen gemeinsam ist. Sie trotzt der blofs allgemeinen und erfordert neben dieser eine zweckmäfsige lokale Behandlung.

Nun, diese schwere Form des psoriasiformen Syphilids der inneren Handfläche, m. H., ist auch kein simples Syphilid, sie ist wieder eine Mischung des sehr hartnäckigen seborrhoischen Ekzems der Hohlhand mit einem papulösen Syphilid. Daher die langsame Entwickelung, die serpiginöse Ausbreitung, die massenhaften Schuppenauflagerungen und die ungemeine lokale Recidivfähigkeit, welche der Behandlung solchen Widerstand entgegensetzt.

Ich habe bis jetzt nur von den papulo-krustösen Syphiliden und ihrer Verwandtschaft zum borkigen seborrhoischen Ekzem gesprochen, und diese sind in der That diejenigen Formen, bei welchen die Symbiose beider Krankheiten am auffälligsten und einleuchtendsten hervortritt. Aber auch die andern Arten des seborrhoischen Katarrhs lassen sich zuweilen als Syphilide verkleidet wiederfinden. Teils ihrer gröfseren Seltenheit wegen, teils um in der Hauptsache Wiederholungen zu vermeiden, deute ich dieselben, so weit sie mir bisher vorgekommen, nur kurz an.

Das einfach schuppige, seborrhoische Ekzem finde ich wieder bei gewissen syphilitischen Alopecien und dann als zureichenden Grund für den Ausfall der Haare an diesen Stellen. Kurz ausgedrückt: Seborrhoiker haben ein Vorrecht an der gewöhnlichen syphilitischen Alopecie mit geringer Schuppenbildung und dem Auftreten kleiner juckender Papeln zu erkranken. Besonders diese letzteren halte ich für ein sicheres Zeichen einer konkomittierenden seborrhoischen Affektion. Dagegen liegt es mir fern, die syphilitische Alopecie ohne katarrhalische Erkrankung, jene so eigentümliche spezifische Form derselben, welche in kurzer Zeit den ganzen Haarboden gleichmäfsig lichtet, für etwas andres als eine allgemeine trophische Störung des Epithelwachstums zu halten ähnlich derjenigen, die bei akuten, fieberhaften Prozessen auftritt.

Auch das flachpapulöse, nummulöse Syphilid verbindet sich bisweilen im Gesicht mit einem geringen Grade seborrhoischer Rosacea zu auffallend grofsen dunkelroten, von einer Franse

zerrissener Hornschicht umgebenen syphilitischen Papeln, oder besser Platten. Ich habe solche vereinzelt auf der Stirne, Nase, Wangen und Kinn angetroffen. Sie sind, weil entstellend, den Betreffenden gewöhnlich sehr peinlich und bedürfen auch einer lokalen Behandlung, wenn sie rasch verschwinden sollen.

Das nässende seborrhoische Ekzem führt, mit Syphilis kombiniert, zu auffallenden Erscheinungen, welche schon seit alter Zeit mit dem Namen Syphilis vegetans bezeichnet wurden. Man leitet gewöhnlich das Nässen jener kondylomatösen Wucherungen von Unreinlichkeit und der natürlichen Feuchtigkeit der Kontaktstellen ab, an denen diese wuchernden, nässenden Papeln hauptsächlich vorkommen. Ich gebe auch gerne zu, dafs die Ausflüsse der Vagina und Vulva den Reiz und die Feuchtigkeit liefern können, welche zur Hervorrufung und Erweichung der breiten Kondylome dienlich sind. Aber ich habe auf der andren Seite mit Bestimmtheit intertriginöse Ekzeme seborrhoischen Ursprungs beobachtet, welche eine ausnahmsweise starke Entwickelung und das Nässen spezifischer Papeln zur Folge hatten. Auch scheint es mir kein Zufall zu sein, dafs die feuchten, wuchernden Syphilide ihre Lieblingssitze, aufser an den Genitalien, am After und in den Achselhöhlen, auch am behaarten Kopfe haben. Für diese letztere Lokalisation kann man gewifs eine äufserlich einwirkende Feuchtigkeit und einen Kontakt zweier Hautstellen nicht verantwortlich machen, wohl aber ein komplizierendes seborrhoisches Ekzem. Daher sind für mich nässende, wuchernde, papulöse Syphiliden am behaarten Kopfe stets ein sicheres Anzeichen für eine Mischinfektion der besprochenen Art.

Meine bisherigen Ausführungen beziehen sich zwar nur auf das papulöse Syphilid der Sekundärperiode, für welche sie mir bereits eine absolut sichere Basis zu haben scheinen. Einzelne Erfahrungen machen es mir allerdings in hohem Grade wahrscheinlich, dafs von den tuberösen, sogenannten gummatösen Syphiliden der tertiären Periode ebenfalls ein Teil auf seborrhoischem Boden und dadurch mit besonderen Eigentümlichkeiten sich entwickelt; so besonders die serpiginösen, ulcerierenden oder nicht ulcerierenden, tuberösen Syphilide des Gesichts, des behaarten Kopfes, Nackens, der Brust und Achselhöhlen. Ich

glaube, dafs auch hier die Serpiginosität durch das seborrhoische Ekzem erzeugt wird.

In dem Vorgebrachten sind gewifs nicht alle klinischen Bilder bereits enthalten, welche aus der gleichzeitigen Einwirkung des syphilitischen Giftes und des so verbreiteten Keimes der seborrhoischen Affektionen hervorgehen. Gewifs wird die fernere Beobachtung noch mehrere Varianten dieser Symbiose auffinden, besonders aber dieselben mehr im Detail erforschen. So viel aber hoffe ich bereits sicher gestellt zu haben, dafs durch das Zusammentreffen beider Affektionen gewisse typische Modifikationen der Syphilide sich besser als bisher erklären lassen.

Und von allgemein-pathologischen Gesichtspunkten aus ist die Synergie gerade dieser Affektionen auch garnicht auffallend zu nennen. Beides, die Syphilide der Sekundärperiode sowohl wie das seborrhoische Ekzem sind vorzugsweise Erkrankungen der Beugeseiten der Extremitäten, des Kopfes und der Genitalien, sei es, dafs der gröfsere Reichtum an Drüsenapparaten, an Gewebsfeuchtigkeit oder die bessere Blutversorgung diese Vorliebe begründen, einerlei — sie ist für beide Affektionen dieselbe.

Sodann liegt es gerade im Charakter des seborrhoischen Ekzems, beständig eine leichte Reizung der Hautgefäfse zu unterhalten. Die Hyperämie, welche das Ekzema seborrhoicum mit sich bringt, ist meistens eine geringe andern Ekzemen gegenüber, aber sie kann an jedem Punkte jeden Augenblick eine bedeutende Steigerung erfahren. Jahrelang können Seborrhoiker unbemerkt einige leicht schuppige Flecke an sich tragen, und mit einem Male unter irgend einer schädlichen Einwirkung breitet sich von diesen Keimstätten ein quälendes Ekzem aus. Seborrhoiker müssen stets auf einen solchen Ausbruch ihres Leidens gefafst sein. So ist es leicht erklärlich, dafs dieselben, zur Zeit kein manifestes Symptom ihres seborrhoischen Ekzems aufweisend, wenn sie syphilitisch erkranken, in der Topographie und dem sonstigen klinischen Verhalten der Syphilide ihre „facies seborrhoica“ prägnant zum Ausdrucke bringen, indem die betreffenden Gefäfsbezirke durch den äufserlich latenten, aber in der Tiefe der Haut (an den Knäueldrüsen) fortglimmenden,

seborrhoischen Prozefs für die Entfaltung der Syphilide prädisponiert sind. Anderseits aber bestehen in den morphologischen Charakteren, den subjektiven Empfindungen und dem Verhalten gegenüber therapeutischen Eingriffen eine Reihe von Differenzen, welche nicht nur zur Differentialdiagnose zwischen papulösem Syphilid und seborrhoischem Ekzem dienlich sind, sondern deren Beachtung auch den Blick für diejenigen Nuancierungen schärft, welche der seborrhoische Prozefs an den Syphiliden hervorbringt.

Die syphilitische Papel hat stets Neigung zu scharfer Abrundung, ist meistens nur erbsen- bis linsengrofs und bewahrt auch bei reichlicher Anzahl der Effloreszenzen eine derartige Durchschnittsgröfse. Sie ist nie stark schuppig und häufig ganz glatt, mit einem zerrissenen Hornsaum umrandet; sie gibt dem Tastgefühl eine merkliche Härte und Elastizität beim Durchrollen einer Hautfalte zu erkennen.

Die seborrhoische Papel ist nur an besonderen Lokalitäten (Sternum, Axilla, Stirngrenze) scharf abgerundet, meist jedoch mit unregelmäfsigen Ausläufern versehen. Sie ist sehr verschieden grofs und zeigt überhaupt eine viel gröfsere Polymorphie der Form und Ausdehnung als die syphilitische Papel. Sie ist nie vollkommen glatt, sondern stets etwas, meist aber stark schuppig und oft mit dicken Borken bedeckt. Sie zeigt keine elastische, derbe Infiltration in der Cutis, sondern höchstens eine vermehrte Resistenz.

Die syphilitische Papel partizipiert mehr oder minder an jener düsteren braunroten Färbung, welche mit Recht seit langer Zeit als Attribut aller Syphiliden hingestellt ist. In der Umgebung und an Stelle derselben entwickelt sich meist Pigment, welches der Intensität und dem Alter der Syphiliden proportional ist.

Die seborrhoische Papel zeigt eine gelbrote frische Farbe, und die Umgebung so wie die abheilende Area weist einen für diese Affektion spezifischen gelben Teint auf. Pigment bildet sie dagegen nicht, auch nicht nach langem Bestande. Nur bei mit Chloasma behafteten älteren Frauen ist mir auch eine nichtluetische Pigmentation seborrhoischer Flecke im Gesicht begegnet.

Die syphilitischen Papeln zeigen bei grofser Anzahl Konfluenz aber keine regelmäfsige, kontinuierliche Serpiginosität, wie die seborrhoischen Papeln fast immer. Jene jucken und schmerzen niemals, diese geben sehr häufig zu unangenehmen Empfindungen und jenachdem zu schmerzhafter Spannung oder schwachem bis unerträglichem Jucken Anlafs.

Aufser Kopf, Genitalien und den Beugeseiten der Extremitäten befällt das Syphilid vorzugsweise den untern Teil des Rumpfes vorne und an den Seiten, die seborrhoischen Papeln aufser jenen gemeinsamen Bezirken die Gegend des Sternums, die zwischen den Schulterblättern und die Kreuzgegend.

Die Syphiliden explodieren annähernd zur selben Zeit am Rumpfe und allen Extremitäten; der seborrhoische Prozefs verleugnet fast nie den langsamen Gang vom Kopf nach den Füfsen hin und beschränkt sich ungemein häufig auf die obere Körperhälfte.

Die Syphiliden reagieren prompt auf jedwede allgemeine Hg-Darreichung; der seborrhoische Prozefs nicht. Jene werden durch Schwefel, Resorcin und Zinkoxyd nicht oder nur vorübergehend beeinflufst, dieser wird durch die Anwendung der gegannten Mittel sofort gebessert und eventuell geheilt.

Wir haben also überall dort ein Recht, das Hineinspielen des seborrhoischen in den syphilitischen Prozefs zu vermuten:

1. wo die Einzeleffloreszenzen des Exanthems sehr verschieden grofs und scharf umrandet, ineinanderfliefsend sind;

2. wo die Papeln zum Teil der spezifisch syphilitischen Färbung entbehren und frisch gelbrot aussehen;

3. wo ganz glatte Papeln vollkommen fehlen, dagegen die meisten stark mit Schuppen und fettigen Borken bedeckt sind;

4. wo sich die Papeln in serpiginös fortschreitenden Kreisen und Ringen angeordnet finden;

5. wo um die Papeln herum und besonders im Zentrum der serpiginösen Kreise die eigentümlich gelbe Farbe des seborrhoischen Prozesses vorhanden ist;

6. wo das Exanthem von ekzemartigen Erscheinungen, Nässen, Hitze, Spannung begleitet ist;

7. wo dasselbe geringeres oder stärkeres Jucken hervorruft;

8. wo die Syphiliden an der Haarstirngrenze, in der Nasolabialfurche auf dem Sternum, zwischen den Schulterblättern oder in der Kreuzbeingegend auftreten;

9. wo dieselben sich hauptsächlich oder allein auf dem behaarten Kopf, in den Achselhöhlen, auf dem Schamberge, an den Genitalien und am After, kurz, an behaarten und Kontaktstellen anhäufen;

10. wo das Exanthem der Allgemeinbehandlung eine aufsergewöhnliche Hartnäckigkeit entgegensetzt, dagegen bei antiseborrhoischer Lokalbehandlung sich sofort bessert oder sogar ganz heilt.

Mit diesem letzten, bisher nicht besprochenen Punkte habe ich eine praktische Seite der ganzen Frage berührt, welcher ich noch ein paar Worte widmen muſs.

Wenn es richtig ist, daſs ein entzündlicher Prozeſs die Haut zur Entwickelung des papulösen Syphilids disponiert, so muſs die Fortdauer jenes Prozesses die Existenz des Syphilids über das gewöhnliche Maſs verlängern, die Beseitigung desselben dagegen zur Heilung des Syphilids einen guten Teil beitragen. Und so verhält es sich in der That. Die Mischaffektionen zwischen Syphilis und seborrhoischem Ekzem widerstehen oft der lediglich allgemein durchgeführten Behandlung, auch der Schmierkur auffallend lange Zeit und verschlimmern sich nach vorübergehender Besserung in ungewohnter Weise. Beginnt man dann auch ohne Fortsetzung der allgemeinen Kur das Exanthem nach dermatologischen Grundsätzen mit Resorcin, Schwefel und ähnlichen Mitteln zu behandeln so bessert sich dasselbe sofort ohne Schwierigkeit. Daraus ergibt sich die praktische Lehre, daſs, wo man aus den soeben angegebenen Zeichen das Bestehen eines seborrhoischen Prozesses erkennt, oder wo man neben dem Syphilid ein rein seborrhoisches Exanthem am Körper findet, die Behandlung von vornherein in lokaler Applikation eines Antiseborrhoicums und der allgemeinen Anwendung von Quecksilber oder Jod bestehen muſs.

Die Fortschritte der Hautanatomie in den letzten 5 Jahren.

Von

P. G. Unna.

III.

Das Haar.

Von den Anhangsgebilden der Oberhaut ist das Haar im letzten Lustrum weniger oft bearbeitet worden als der Nagel und gewifs weit weniger als es verdient. Erst im letzten Jahre erschienen kurz nacheinander mehrere Arbeiten, welche sich eingehender mit der Struktur desselben beschäftigten.

Flemming hat bekanntlich als der erste vor einigen Jahren Kernteilungsfiguren massenhaft in den Matrizen der Haarrinde, der Oberhäutchen und Wurzelscheide, sowie spärlicher in der Stachelschicht des Haarbalges bei Meerschweinchen und Kaninchen nachgewiesen (Zellteilungen in den Keimschichten des Haares, diese Zeitschr. 1884. pag. 129). Er bemerkte bereits, dafs eine Untersuchung der Mitosen im Haarbeet über die Frage nach dessen Produktivität bindenden Aufschlufs geben müsse und veranlafste Reinke, einen seiner Schüler, dieselbe speziell zu bearbeiten.

Reinke (Untersuchungen über die Horngebilde der Säugetierhaut. I. Über den Haarwechsel und die Unna'sche Lehre vom Beethaar. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 30. pag. 183) benutzte die Cilien vom Schwein, Rind und der Ziege und die Schnauzhaare des Igels und die vom Meerschweinchen und Kaninchen, welche häufig Papillen- und Beethaare nebeneinander im Balge tragen. Er fand hier ein nach meiner Theorie umgekehrt zu erwartendes Resultat, nämlich die Anzahl der Mitosen im Haarbeet verschwindend gering gegen die Anzahl derselben in der Matrix des Papillenhaares, und noch erheblich geringer als in der übrigen Stachelschicht des Haarbalges, nämlich auf etwa 100 Mitosen in der übrigen Stachelschicht nur 4 im

Haarbeet bei Kaninchen und Meerschweinchen, etwa 5 beim Rind und Schwein.

Ganz entsprechend diesem vollkommen negativen Resultate fand REINKE dann auch, dafs an der Kaninchenschnauze von den dort vorhandenen Doppelhaaren nur die Papillenhaare wuchsen, die Beethaare aber im Wachstum vollkommen stille standen. Damit der Leser nicht glaube, ich referiere nur, behielte aber meine Ansicht für mich, so beeile ich mich, die von REINKE gefundenen Thatsachen vollinhaltlich für die untersuchten Objekte anzuerkennen; die von der Zahl der Mitosen abhängig gemachten Schlüsse über Produktivität eines Epithelschnitts halte auch ich für vollkommen beweisend; ebenso beweisend sind REINKES Messungen des Haarwachstums, weil sie mit der histologischen Untersuchung kombiniert wurden.

REINKE wendet sich dann weiter zum Pigmentgehalt, dessen verschiedene Verteilung beim Beethaar und Papillenhaar an den Cilien alter Leute ich als schlagenden Beweis für das Wachstum des Beethaares beigebracht hatte. REINKE mufs mich hier vollkommen mifsverstanden haben, denn er glaubt, dafs ich — um dies aufrecht zu erhalten — das Pigment bei den Beethaaren in den Zellen voraussetzen mufs, während ich es beim Papillenhaar die Zellen umgeben lasse. Nein, auch beim Beethaar finde ich das Pigment zwischen den Epithelien der Vollwurzel, gerade wie beim Papillenhaar, und für das letztere Gebilde ist — wie wir noch bei Besprechung des Pigmentes sehen werden — meine Ansicht durch alle neueren Pigmentuntersuchungen (im Gegensatz zu WALDEYER, dem REINKE hier folgt) bestätigt. Ich argumentierte vielmehr so: beim Papillenhaar umscheidet das Pigment gleichförmig alle Matrixzellen; wäre nun die Vollwurzel des Beethaares ein abgestorbener Hornkolben, so würde sie das Pigment — wenn überhaupt — ebenso wie die Hohlwurzel des früheren Papillenhaares gleichmäfsig verteilt enthalten; in Wirklichkeit aber enthält die Vollwurzel für gewöhnlich gar keines oder aber — so bei den Cilien alter Leute — in ganz sonderbar groben Massen an einzelnen Stellen eingesprengt; in einen toten Hornkolben kann dieses offenbar atypische Pigment nicht eindringen — folglich müssen die

Epithelien des Haarbeets zu Zellen der Vollwurzel geworden sein, und das zwischen ihnen vorher eingedrungene Pigment sitzt nachher in der Vollwurzel. Damit harmonierte auch, dafs diese Pigmenteinsprengungen der Vollwurzeln in die Haarbeete der betreffenden Cilien sich fortsetzten. —

Sehr verdienstlich ist die genauere Untersuchung, welche Reinke der von mir aufgeworfenen Frage nach dem Vorhandensein einer Cuticula am Beethaar angedeihen läfst. Durch Behandlung der Beethaare in der Wärme mit konzentrierter H_2SO_4 und nachträglicher Färbung mittels Methylgrüns in saurer Lösung konnte er überall wahre Kutikularzellen leicht von den ähnlichen peripheren Rindenzellen des Haares unterscheiden und stellt demgemäfs mit v. Ebner den Satz auf, dafs nur das unterste, etwa $^1/_2$ mm lange Ende des Beethaares ohne Cuticula sei. Auch ich bin, mit Reinke, durchdrungen von der Wichtigkeit dieses Kriteriums, denn: „soweit Cuticula, soweit Papillenhaar"; hierin differieren wir garnicht. Reinke leitet aber das unterste oberhäutchenlose Ende auch vom Papillenhaar ab, indem die Cuticula sich eher von der Papille löst, als die Rinde, während ich dieses selbe Ende gerade für das so hart bestrittene, ohne Papille erzeugte, aus der Stachelschicht des Haarbalges unmittelbar nachgewachsene Stück des Haares, für das Beethaarstück der gewöhnlichen Vollwurzelhaare halte. Es wird wohl zur Beurteilung dieser Differenz in Zukunft hauptsächlich darauf ankommen, ob das oberhäutchenlose Endstück wirklich stets so klein ist, wie Reinke mit v. Ebner angibt, oder oft beträchtlich weit am Haare aufreicht, wie ich es an einzelnen Haaren aller Hautstellen fand.

Weniger genau geht Reinke auf die Differenz in bezug auf den Markgehalt der beiden Haarformen ein. Damit, dafs auch das Papillenhaar streckenweise und besonders kurz vor seiner Ablösung oft kein Mark bildet, ist es doch nicht abgethan. Hier hätten wir lieber erfahren, wie es denn mit dem Markgehalt jener Schnauzenhaare des Igels steht, welche nach Reinke und Schöhl fast lediglich Beethaare darstellen sollen.

Reinke faſst seine Ansicht schlieſslich folgendermaſsen zusammen:

„Die Lehre vom Beethaar in der Form, wie sie Unna aufgestellt hat, ist also nicht haltbar. Dies ergibt sich aus dem Fehlen zahlreicher Mitosen im Haarbeet, aus dem Nichtwachsen abgeschnittener Kolbenhaare und aus dem Nachweis der Cuticula am Schaft des Kolbenhaares.“

„Darum möchte ich aber doch nicht ganz auf den alten Standpunkt zurückkehren, von dem aus das Kolbenhaar einfach als ein ausfallendes, für den Organismus nutzloses Gebilde angesehen wurde. Unnas unzweifelhaftes Verdienst ist es, durch seine Untersuchungen die Wichtigkeit desselben nachgewiesen zu haben. Denn einmal ist es ganz sicher, daſs das Kolbenhaar im innigen Zusammenhange mit der äuſseren Wurzelscheide steht, da beim Herausreiſsen desselben, insofern es nicht überhaupt gelockert war, fast immer ein gutes Stück der Scheide mit herausgerissen wird. Sodann ist die Zahl der Kolbenhaare in den von Unna erwähnten Hautbezirken so groſs und ihre Fixierung an einer ganz bestimmten Stelle dauert so auffallend lange, daſs es unnatürlich erscheint, es als einfach ausfallend zu bezeichnen.“

„Für den Organismus ist vielmehr der Nutzen des Kolbenhaares in vieler Hinsicht gerade so groſs, wie der des Papillenhaares. Es schützt, es wärmt, es schmückt in derselben Weise wie dieses. Ja, ich habe mich an Präparaten mit vergoldeten Nervenendigungen überzeugt, daſs der Nervenring gerade oberhalb des aufgefiederten Kolbens sitzt, so daſs auch der Schaft des Kolbenhaares als Angriffspunkt für die Tasteindrücke dienen kann.“

„Während der Periode des Haarwechsels, so lange als das neu entstehende Papillenhaar zu seinem Wachstum braucht, um das alte Haar vollständig zu ersetzen, übernimmt dieses in Gestalt des Kolbenhaares die Funktionen des eigentlichen Haares, und diese Zeit kann z. B. bei den Cilien, besonders bei älteren Individuen, eine auſserordentlich lange sein. Es scheint mir daher die bisherige Darstellung der Lehrbücher, nur das Papillenhaar als Haar katexochen zu beschreiben und das Kolbenhaar

als Merkwürdigkeit nur so nebenbei abzubilden, den thatsächlichen Verhältnissen nicht völlig zu entsprechen. Ein ideales Bild des komplizierten Organes würde ein solches sein, dafs das Kolbenhaar in seiner spindelförmigen Anschwellung der äufseren Wurzelscheide, in demselben Balge aber ein sich entwickelndes Papillenhaar zur Anschauung brächte."

Was mein Haarbeet betrifft, so schliefst sich REINKE darin mir, gegenüber SCHULIN und v. EBNER, an, dafs diese Aussackung nicht dem Arrector pili ihr Dasein verdanke, glaubt anderseits aber auch nicht an die Präformation derselben. Das von der Papille losgelöste und am Ende aufgefiederte Haar wird nach REINKE von den Zellen der Stachelschicht des Haarbalges eingekeilt und mit ihnen „durch die Riffelfortsätze aufs engste verbunden." Mit den mäfsig rasch proliferierenden und dadurch allein höher rückenden Stachelzellen verbunden wird nun das abgestofsene Haar bis an die Einschnürung des Haarbalgtrichters getragen, und da es diesen Engpafs nicht passieren kann, bleibt es stecken und führt zu einer mechanischen Stauung der Stachelzellen an dieser Stelle, die die Erscheinung meines Haarbeets hervorbringt. Nun beginnt eine rückläufige Epithelbewegung von hier in die Tiefe, welche zur Bildung des neuen Haares führt. Hierbei ist REINKE der eigentümlichen Ansicht, dafs in dem scheinbar indifferenten Epithelfortsatz, aus dem das neue Haar wird, Reste der alten Matrixzellen sowohl vom Mark, wie der Rinde, der Cuticula und Wurzelscheide enthalten wären, von denen eben wieder die entsprechenden Teile des neuen Haares ihren Ursprung nähmen. REINKE hat wohl nicht bedacht, dafs eine solche, doch etwas rohe Vorstellung von der Genese der Haarhüllen auf die Entstehung aller embryonalen Haare garnicht anwendbar ist, deren Matrixzellen die überall gleichen Oberflächenepithelien sind.

Im ganzen hat die lehrreiche Arbeit von REINKE für meine Ansicht vom menschlichen Haarwechsel nur eine willkommene Ergänzung geliefert, speziell für die Auffassung des Beethaares. Unmöglich gemacht ist fortan nur die von mir aufgestellte Lehre vom „Haarbeet" und auch diese nur dann, wenn sich im allgemeinen die Thatsache bestätigen sollte, dafs die Kernteilungs-

figuren in der Umgebung der Beethaare fehlen oder besonders spärlich sind. Hier habe ich aber zu bemerken, dafs eine solche Untersuchung sich nicht auf zufällig darbietende Haarböden beschränken darf, sondern solche aufsuchen mufs, in welchen bekanntermafsen marklose Haare lange persistieren, wie z. B. die Schweinsborsten, die Schwanzhaare mancher Tiere, die Cilien älterer menschlicher Individuen u. s. f. Erst wenn hier auch die Mitosenlosigkeit der Haarbeete trotz des langen Alters der daselbst sitzenden Vollhaare Bestätigung finden sollte, würde ich meine Lehre vom produktiven Haarbeet gänzlich aufgeben — aber durchaus noch nicht die Lehre vom Beethaar.

Denn was ich nach den unvollkommenen Indizien einer früheren Zeit dem angeschwollenen Teile der Stachelschicht des Haarbalges (Haarbeet) allein zuschrieb, ist durch FLEMMINGS und REINKES Untersuchungen statt dessen auf die gesamte Stachelschicht des Haarbalges, die sog. äufsere Wurzelscheide übertragen. Während wir früher diese letztere für unproduktiv hielten, so lange das Haar wächst, wissen wir schon durch FLEMMING, dafs sie noch ein beschränktes Wachstum selbst zu dieser Zeit besitzt. Ihre Wucherung kann nur nach aufsen zum Balge hinaus drängen, und da sitzt, beim Haarwechsel, eingekeilt das Vollhaar; auf dieses hin geht also die Wachstumsrichtung der ganzen Stachelschicht des Haarbalges; die letztere ist mithin, falls das „Haarbet" in Wegfall kommen müfste, als die Matrix des Beethaares anzusehen. Diese Auffassung wäre von dem kontinuierlichen Wandern der Matrix des Beethaares über die Stachelschicht des Haarbalges, welche SCHULIN aufstellte, nicht so weit entfernt, wie REINKE glaubt; dieselbe ist mir nie unsympathisch gewesen und ich konnte sie nur für den Menschen nicht bestätigen.

Keine Beobachtung von REINKE spricht gegen eine solche modifizierte Lehre vom Beethaar. Er selbst hält das Vollhaar zwar nur für „eingekeilt" in die Stachelschicht des Haarbalges, „durch die Riffelfortsätze aufs engste verbunden" mit den Zellen derselben, er sieht sogar einen „innigen Zusammenhang" beider. Was heifst das aber anders, als dafs es organisch mit ihr verbunden, auf sie transplantiert ist? Und wenn dem so ist und

dieser neue Mutterboden durch Proliferation vorgeschoben wird, dann wächst doch eben das Haar auf demselben, wenn auch noch so langsam.

Da REINKE mit mir einen innigen Zusammenhang zwischen Vollhaar und Stachelschicht des Haares sieht, da er weiter selbst nachweist, daſs die letztere produktiv ist, so gibt er einen für mich neuen, aber mir darum nicht minder wertvollen Beweis für das Wachstum des Beethaares.

An die REINKEsche Arbeit schlieſst sich dem Inhalte nach diejenige von GIOVANNINI an (Über die normale Entwickelung und über einige Veränderungen der menschlichen Haare. *Vierteljahresschrift f. Dermatologie.* 1887. pag. 1049), welcher an frischer, von Operationen am Kinne, der Kopfhaut und dem Handrücken herrührenden Haut des Menschen die von FLEMMING bei Tieren gefundenen Thatsachen über Karyokinese nachzuuntersuchen unternahm. In nahezu axialen Längsschnitten fand er innerhalb der Haarwurzel gewöhnlich 15—30 Mitosen und zwar nicht nur in der Cylinderzellenschicht, sondern bis zu der Höhe der Papille, wo die Matrix des Marks anfängt, in dem Gebiet der Haarrindenzellen zerstreut. Querschnitte durch die Papillenmitte zeigten manchmal bis zu 30 Mitosen, höher oben nahm ihre Zahl rasch ab, so daſs Querschnitte zwischen mittlerem und oberem Drittel der Papille nur noch 4—8 Mitosen in der Rinde des Haares aufdeckten und zwar stets zahlreicher in unmittelbarer Nähe der Papille als entfernt davon.

In den kubischen, stark keratohyalinhaltigen Zellen, welche die Papillenspitze als Matrixzellen des Markes bedecken, fand GIOVANNINI keine Mitosen, gibt aber zu, daſs der Reichtum an Keratohyalin hier vielleicht die Kernteilungen verdeckt habe. Die Mutterzellen der Wurzelscheide und der beiden Oberhäutchen bis an die Papille heran zu differenzieren gelang GIOVANNINI nicht, doch fand er bis in die Gegend zwischen mittlerem und oberem Drittel der Papille hinauf in diesen Zellschichten ebenfalls karyokinetische Figuren, nie mehr in der Höhe der Papillenspitze selbst.

In der Stachelschicht des Haarbalges fanden sich überall unregelmäſsig zerstreut Mitosen, und zwar selbst in unmittelbarer

Nähe der Wurzelscheide (HENLEsche Schicht). Hierin ist wohl der Hauptunterschied der Stachelschicht des Haarbalges von der allgemeinen Stachelschicht der Oberfläche zu sehen; die Erhaltung der Teilungsfähigkeit der Stachelzellen in den höheren Lagen mag mit der geschützteren Lage in der Tiefe des Haarbalges zusammenhängen.

Auch in den kleinen Lanugohaaren und deren Bälgen fand GIOVANNINI, wenn auch spärlicher, Mitosen in analoger Verteilung. Im allgemeinen überwog die Phase der Tochterknäuel die andern Phasen der Kernteilung bei weitem, und die Teilung des Protoplasmas schloſs sich vielfach unmittelbar an die Karyokinose an. Die Richtung der Teilungsachsen stand nur zunächst der Papille gewöhnlich senkrecht auf derselben. Weiter davon, in der Wurzelscheide und der Cuticula, folgte sie entweder dem vertikalen Zuge des Haarwachstums oder stand auch senkrecht dazu, wodurch natürlich Nebeneinanderlagerung der Tochterzellen bewirkt wurde. Übereinstimmend mit REINKE fand GIOVANNINI im Haarbeet eher weniger Mitosen als in der übrigen Stachelschicht des Haarbalges. Wenn er aber daraus schlieſst, daſs die Zellen der äuſseren Wurzelscheide zum Wachstum des Beethaares nicht beitragen, so schlieſst er wiederum zu viel. Es kommt nur darauf an, ob das Beethaar in organischer Verbindung — wie ich annehme — mit der Stachelschicht steht, dann trägt eben die ganze Stachelschicht zum Wachstum des Haares bei. GIOVANNINI und REINKE haben beide nur meine Annahme einer Präponderanz des Haarbeetes durch ihre Befunde höchst unwahrscheinlich, wenn nicht unmöglich gemacht.

In dem alten Epithelfortsatz des zusammengefallenen unteren Haarbalges fand GIOVANNINI hin und wieder eine Anzahl Mitosen, oft aber auch nicht. Schade, daſs der Autor bei dieser letzteren Untersuchung nicht die übrigen Zeichen der Jugend, resp. des Alters dieser Epithelzapfen (besonders der Glashaut und der Papille) berücksichtigte, speziell um zu erforschen, ob dieselben mit der Anzahl der Mitosen in Parallele stehen.

Die Untersuchungen von GIOVANNINI haben im Verein mit der Arbeit von REINKE die Theorie des Haarbeetes fast ganz umgestoſsen und uns eine dankenswerte Klarheit über die proli-

ferierenden Teile des Haars und seiner Umgebung verschafft. Besonders in der Richtung sind unsre Kenntnisse erweitert, dafs am Grunde des Haarbalges die Kernteilung sich weniger strenge als an der Oberfläche der Haut an die der Cutis zunächst gelegene Epithelschicht hält. Die Theorie des Haarbeetes würde ich ohne Bedauern fallen lassen; hat die Theorie des Beethaares doch durch den Nachweis der Proliferation der ganzen Stachelschicht des Haarbalges eine viel breitere Basis gewonnen.

Hier ist der Ort einen Augenblick inne zu halten und einmal nachzusehen, was denn die älteren Histologen gegen diejenigen Theorien, welche ein Haar unter Umständen ohne Papille wachsen lassen, nämlich die von GÖTTE, mir und SCHULIN, so sehr einnimmt. Der springende Punkt, welcher GÖTTE, mich und SCHULIN veranlafste, von der hergebrachten Annahme, das abgelöste, aufgefiederte Papillenhaar sei ein toter Ballast für die Haut, abzuweichen, war seine leicht nachweisbare Kontinuität mit der Stachelschicht des Haares. Mit dieser harmonierte aufs beste die Beobachtung, dafs derartige Vollwurzeln durchaus nicht einem leisen Zuge folgen, sondern im Gegenteil beim Ausreifsen einen Teil der Stachelschicht mitnehmen. Hierüber hatten sich die früheren Histologen allzuleicht hinweggesetzt.

Die neuen Theorien, welche das Haar unter Umständen in der Stachelschicht wurzeln liefsen, sind also durchaus nicht Ausflüsse launenhafter Spekulation, sondern im Gegenteile die Folge richtigerer Erkenntnis einer bestimmten Seite des Haarlebens, die früher nicht zu ihrem Recht gekommen war. Hierzu gesellten sich dann noch meinerseits die Beobachtungen über die ungemeine Verbreitung dieser Haarform und ihren langen Bestand, Dinge, welche sich auch weder ableugnen noch mit der Redensart abthun liefsen, dafs es sich um ausfallende Haare handle. Endlich war es mir möglich, einerseits den verschiedenen Bau beider Haarformen, anderseits ihren genetischen Zusammenhang an dem Verhalten von Mark, Wurzelscheiden und Oberhäutchen zu erweisen.

Dafs Hornfäden unmittelbar in der Stachelschicht wurzeln können, dafür gab es doch nun schon physiologische und patho-

logische Paradigmen genug. Noch niemand hat sich daran gestofsen, dafs der Nagel ohne Mark, Wurzelscheide und Oberhäutchen aus der Stachelschicht der Nagelmatrix hervorwächst. Eine Reihe von Keratomen, besonders die kleinen Hauthörner des Gesichts und Halses, wachsen frei auf der allgemeinen Stachelschicht wie ein Nagel, und nur dort, wo Papillen tief in sie eindringen, bilden sie an umschriebenen Stellen Marksubstanz, so dafs man hier Analoga beider Haartypen nebeneinander hat.

Andre hat es verdrossen, dafs ich von einem Anlöten und Weiterwachsten der Vollwurzel an einem neuen Orte sprach — so noch neuerdings STIEDA. Ja, sehen wir denn nicht täglich, dafs sich die Stacheln der Epithelien nach Verwundungen wieder treffen und miteinander verwachsen? Ist nicht etwa dieses der physiologische Typus jeder Epithelheilung nach jeder wie auch immer entstandenen Kontinuitätstrennung? Als ich dieses 1875 aufstellte, war noch nicht von epithelialen Greffes die Rede. Heutzutage streben wir gerade überall die reine Epithelüberpflanzung an und sind dann der organischen Verwachsung der fremden Teile sicherer als früher, wo gemischte Greffes transplantiert wurden. Also auch die epidermoidale Transplantation des Vollhaares bietet unserm Verständnis heute nicht die mindeste Schwierigkeit.

Also a priori steht heute der Anschauung, dafs papillenlose Beethaare wachsen können, aus der ganzen Stachelschicht des Haarbalges herauswachsen können, nichts entgegen. Es kommt nur darauf an, es für diejenigen Stellen nachzuweisen, wo die Vollhaare eine lange Dauer haben und den ansehnlichsten Teil des Haarbestandes ausmachen. Ich behaupte umgekehrt, dafs, wenn von diesen Stellen nachgewiesen würde, dafs die Haare hier tot und nur eingekeilt wären, ein solcher Nachweis uns um eine ganz seltsame und in der menschlichen Anatomie einzig dastehende Thatsache bereichern würde.

Ich gehe nun zu STIEDAS, eben bereits erwähnter Arbeit über (Über den Haarwechsel. *Biologisches Centralblatt.* Bd. 7. No. 12 u. 13). Der Verf. hat bereits 1867 eine Abhandlung über den Haarwechsel (*Reicherts Archiv.* 1867. pag. 517) publiziert, in welcher er die STEINLINSche Anschauung wieder

aufnahm, dafs sich das neue Haar auf einer neuen Papille bilde, im Gegensatz zu KÖLLIKER und HENLE. Dieser neue Aufsatz gipfelt nun in demselben Satze wie früher, ohne dafs inzwischen der Autor sich davon überzeugt hätte, dafs heute, nach unsern geläuterten Anschauungen über das Papillenwachstum, diese These garnicht mehr dieselbe Bedeutung besitzen kann wie früher.

STIEDA beginnt mit einem kurzen Referat sämtlicher Haarwechseltheorien und knüpft daran eine eingehendere Kritik derselben, ohne jedoch im mindesten dabei neue und beweisende Thatsachen vorzubringen. Ich könnte daher diese — dem Caeterum censeo des alten CATO nicht unähnliche — Herzensergiefsung mit dem Hinweis auf die ältere, zu ihrer Zeit sehr verdienstvolle Arbeit des Autors übergehen, wenn nicht einige irrtümliche Angaben derselben eine Richtigstellung hier doch sehr am Platze erscheinen liefsen.

STIEDA fragt: „Ist die Ansicht von KÖLLIKER, UNNA, v. EBNER, SCHULIN, STÖHR, dafs sich das Haar von seiner Papille löst, durch irgend etwas bewiesen?“ und antwortet: „Nein.“ Wir müssen dagegen: „ja“ antworten und darauf hinweisen, dafs sogar das von mir zuerst betonte Wie der Ablösung, nämlich die successive Ablösung der Lagen auf der Papille von aufsen nach innen von späteren Autoren allgemein bestätigt wurde und nirgends bisher Widerspruch erfahren hat. Durch das frühere Aufsteigen der Wurzelscheide erklärt sich ganz allein die besenartige Auffaserung des Haarendes.

STIEDA sagt ferner: „Was für eine Kraft soll nun das Haar im Haarbalg aufwärts treiben? Mir ist keine Kraft, kein treibendes Agens bekannt und kein einziger aller Autoren, welche vom Hinaufrücken der Haarkolben reden, nennt irgend eine treibende Kraft.“ Auch dem mufs ich leider widersprechen. Ich habe bereits in einer Anmerkung in meiner ersten Arbeit auf diese Kräfte hingewiesen und dieselben in meiner Hautanatomie pag. 80 u. 81 ausführlich besprochen, was STIEDA ganz übersehen haben mufs. Der Grundgedanke ist eine Konkurrenz durch abwechselnd bessere zirkulatorische Lebensbedingungen zwischen der von der Papillenblutbahn versorgten Stachelschicht

des Haarbalges einerseits und der von der hypodermalen Blutbahn versorgten Papille anderseits. Erstere bringt bei stärkerem Wachstum durch zentripetalen Druck das Haar zur Ablösung. Besonders leicht erklärt sich hierdurch mancher pathologische Haarwechsel.

STIEDA behauptet sodann: „Ein Blick auf UNNAS Abbildungen läfst mich erkennen, dafs er gar keine atrophische, sondern nur junge Papillen gezeichnet hat und dafs er ganz willkürlich die eine Papille als atrophische, die andre als junge deutet.“ Wenn STIEDA diese Abbildungen vielleicht noch einmal betrachten möchte, so wird er erkennen, dafs die alten Epithelfortsätze bei *B* und *C* schmächtig und dünn sind, wie die dazu gehörigen Papillen, von einer verdickten homogenen Membran umgeben werden und hinter sich her einen Streifen alter Cutis ziehen, während die jungen Epithelfortsätze *D* und *E* gedrungen und dick sind, von jungen zellenreichen Papillen eingestülpt, dagegen nicht von verdickter Glasmembran begrenzt werden und unter sich einen zellenreichen, deutlich gefäfshaltigen Cutisstreifen aufweisen. Hinzufügen kann ich, dafs eine geschickte Protoplasma-Färbung (Überfärbung mit Karmin und Entfärbung) auch die jungen Epithelfortsätze stark, die alten schwach tingiert zeigt.

Ich hatte mir schon in meiner ersten Arbeit Mühe gegeben, Kriterien aufzufinden zur Unterscheidung alter und junger Epithelfortsätze und hatte folgende ausfindig gemacht: 1. das Verhalten der Glasmembran; 2. die Färbung des Epithelstranges selbst; 3. den Gefäfs- und Zellenreichtum der Papille; 4. die in einzelnen Fällen vorkommende (Vibrissen) und dann sehr charakteristische glasige Quellung der Stachelzellen des Haarbalges. Die Lippenhaare des 8 monatlichen Fötus (pag. 62 meiner ersten Arbeit) habe ich als ein prägnantes Beispiel mitgeteilt, wo eine gute Karminfärbung auf jedem Schnitte alte und junge Epithelfortsätze nebeneinander unterscheiden läfst. Auf diese Kriterien hin, nicht aus Gutdünken habe ich meine Theorie des Haarwechsels aufgestellt; heute würde ich ein Hauptkriterium noch in dem Nachweis oder Mangel an Mitosen im Epithelfortsatz sehen und verlangen. Aber von diesen sachlichen Kriterien spricht STIEDA nirgends. Wenn er nun wieder, wie vor 20 Jahren,

junge und alte Epithelfortsätze einfach zusammenwirft und Beistimmung wünscht, so könnte man doch billiger Weise erwarten, daſs er die Kriterien, wegen derer andre Autoren jene Unterschiede machten, als unwesentlich oder falsch erwiese.

Den Schwerpunkt seiner Darstellung legt STIEDA in den Nachweis, daſs die Papille verschwindet und mit dem jungen Haar sich neu bildet. Seit v. EBNER die Verkürzung der Haarbälge, SCHULIN und ich den Schwund der Papille dabei durch Verziehung der mittleren Balgschicht nachwiesen, und seitdem wir wissen, daſs alle Papillen dem Epithel gegenüber eine sekundäre Formation darstellen, die an und für sich überhaupt nichts Bleibendes hat, seitdem ist das Interesse an dieser alten Streitfrage (KÖLLIKER — STIEDA) wohl erschöpft. Wenn STIEDA die Persistenz der Papille — die zufällig bei irgend welchen Tieren immerhin vorkommen könnte ohne eine prinzipielle Differenz in der Theorie des Haarwechsels zu begründen — nicht gar so absolut als unmöglich hinstellte, würde ja jeder heutzutage seinem Satze gerne beistimmen. Leider aber macht STIEDA diesen Satz wieder abhängig von der weiteren These: die atrophisierende Papille liegt stets unmittelbar unter dem alten Haarkolben. Dabei gibt STIEDA selber zu, dieses Bild beim Menschen selten gesehen zu haben. Beim Renntiere soll das, wie STIEDA schon früher behauptete, mit gröſserer Deutlichkeit vorkommen; das betreffende Bild erklärte v. EBNER allerdings für einen Schrägschnitt. Nun, ich würde ein solches Bild einer direkt unterhalb des Vollhaares atrophisierenden Papille beim Menschen entschieden für etwas Pathologisches halten, für etwas de norma nie Vorkommendes. Denn stets enthält der Haarbalg beim Menschen eine genügende Quantität restierender Stachelschicht (sog. äuſsere Wurzelscheide) neben dem Haar, um das sofortige Zusammenfallen des Haarbalgs hinter dem aufsteigenden Papillenhaar zu verhüten. Man findet das letztere daher vom Papillenreste stets getrennt durch einen verschieden langen, alten Epithelfortsatz.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

Beitrag zum Studium der Differentialdiagnose zwischen skrofulotuberkulosen und syphilitischen Unterhaut-Gummata, von Dr. Slojanesco. Paris 1887.

Seit mehreren Jahren hat man der Differentialdiagnose zwischen den verschiedenen Gummata gröfsere Aufmerksamkeit zugewandt.

Verf. stellt folgende Unterscheidungsmerkmale auf: Anatomisch sind sie in drei wesentlichen Punkten verschieden, nämlich was die Kreisförmigkeit, die Ränder und den Grund anbelangt. Ebenso sehr ist ihr Verhalten den therapeutischen Mafsregeln gegenüber verschieden; aus diesem Verhalten können wir zuweilen sogar entnehmen, dafs wir es mit Mischformen zu thun haben.

Die anatomisch-bakteriologische Untersuchung, früher erst in zweiter Linie verwertbar, gibt jetzt oft die wichtigsten Anhaltspunkte; sie liefert als Wahrscheinlichkeitsgründe (anatomische Prüfung): Einkapselung der Entzündung, Durchgängigkeit der Gefäfse, zahlreich vorhandene Riesenzellen; als sichere Beweise (bakteriologische Prüfung): Anwesenheit von Bacillen und erfolgreiche Überimpfung.

Beitrag zum Studium der Knochenkrankheit von Paget, von Dr. Richard. (*Thèse de Paris.* 1887.)

1876 übergab Sir Jamas Paget der Medical Society zu London eine Arbeit, betitelt: Über eine chonische Entzündungsform der Knochen (Ostitis deformans). In Frankreich wurde man mit dieser Form durch S. Pozzi bekannt, der auf dem Chirurgenkongrefs von 1885 darüber Mitteilung machte. Er erwähnte die englische Litteratur über diesen Gegenstand und beschrieb eine eigne Beobachtung, sowie zwei von Allier in Lyon. Von ihm stammt die Bezeichnung Pseudo-Rhachitismus senilis; die französische Litteratur enthalte über die Frage nur die kurze Bemerkung von Dr. Vincent in der *Encyclopédie internationale de Chirurgie.* Demnach scheinen ihm die charakteristischen Fälle von Bourceret, Rathery, Leloir (1881), Huchard und Benet (1882), die These von Rogier, sowie die Veröffentlichungen von Lancereaux ganz unbekannt zu sein.

Lancereaux kommt in seiner Arbeit über den Herpetismus zu der wolhbegründeten Ansicht, dafs es sich bei der Pagetschen Knochenkrankheit um trophische Störungen handle, die auf nervöser Grundlage zustande kommen. Im letzten Abschnitt seiner pathologischen Anatomie wiederholt er dieselbe Meinung.

Nach Richard ist der Morbus Pagetii keine besondere Krankheit, sondern unterscheidet sich nur durch die Beschränkung auf die Knochen von jener dystrophischen Sklerose, die für gewöhnlich die Gelenke befällt (Arthritis deformans, Rheumatismus chronicus ossium). Übergangsformen, wo Gelenkerkrankungen neben den Knochendeformitäten bestehen, sind sehr gewöhnlich. — Bei Kranken mit freien Gelenken trifft man regelmäfsig auf Zeichen der gichtischen Diathese. Im ganzen betrachtet Richard die Pagetsche Krankheit als eine ziemlich seltene Äufserung der Gicht. Thatsächlich werden bei dieser dieser Diathese noch gefäfsärmere Gewebe ergriffen, als die Knochen, so die Intima der Gefäfse, die Knorpel, die fibrösen Membranen.

Über den Herpes ocularis, von Dr. Dubruty. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Der Herpes ocularis, gleichviel aus welcher Ursache er entsteht, kann die Conjunctiva bulbi, palpebr., das Augenlid oder die Cornea befallen; er ist konstitutionell oder traumatisch und entsteht infolge einer Anästhesie der trophischen Trigeminus-Fasern. Diese Anästhesie ist entweder vollständig und hat alsdann ihren Sitz im Gangl. Gasseri, oder nur teilweise mit dem Sitz an einem oder mehreren peripherischen Zweigen des fünften Nervenpaares (Ciliar-, Nasal-, Frontal-, oder Lacrymal-Fasern).

Der Herpes ocularis febrilis nebst der Keratitis sind die häufigsten Formen: Verfasser berichtet über mehrere derartige, auf der Klinik von Galezowski beobachtete Fälle.

Der Herpes ocularis ist entweder die einzige Ursache des Fiebers, das ihm voraufgeht, bezw. ihn begleittet, oder er bildet nur eine Begleiterscheinung ernsterer Störungen. Häufig entsteht er nach einer jüngeren oder älteren Malaria-Infektion; hängt auch bisweilen offenbar mit Menstruationsstörungen zusammen. Manchmal kompliziert sich der Herpes corneae mit einem Hornhautgeschwür oder gar mit einem Abscefs, der zuerst oberflächlich, in die Tiefe dringt und so zu Iritis und Iris-Vorfall Anlafs geben kann.

Zur Behandlung der Vegetationen bei schwangeren Frauen, von Dr. Decoster. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Diese Arbeit enthält eigentlich nur eine Reihe von Fällen, die den Verf. zu folgenden Schlüssen bringen:

Die Vegetationen bei schwangeren Frauen bedürfen immer der Behandlung. Im Anfang bedingt ihre Entfernung für Frau und Fötus fast keine Gefahr, und durch ein energisches Eingreifen kann man sie eicht am weiteren Wachstum verhindern. Sind sie aber erst entwickelt, so bedrohen sie die Ruhe und die Gesundheit der Schwangeren und bilden für die Entbindung eine ernste Gefahr. Verf. hat leider nicht erwähnt, dafs bei den

Schwangern eine grofse Neigung für solche Wucherungen besteht; derartige Papillome entwickeln sich nicht nur auf einer Ulceration der Vulva, sondern auch auf den äufsern Bedeckungen und selbst auf der Wangenschleimhaut. Leloir hat darüber 1886 in seiner Klinik eingehend gesprochen. — Es besteht hier offenbar ein Zusammensang mit der Schwangerschaft, über dessen Natur wir noch im unklaren sind, der sich aber klinisch wohl nachweisen läfst, wie es Leloir so oft gethan hat.

Über Hautgummata bei erblicher Syphilis, von Dr. Toutut. (*Thèse de Paris.* 1887.)

T. untersucht namentlich die Gummata in den tieferen Teilen der Haut und im subkutanen Zellgewebe, läfst aber die kleinen, oberflächlichen Tuberkel unberücksichtigt, die Taylor als „Furuncula Eruptions" beschrieben hat. Symptomatologisch und pathologisch-anatomisch unterscheiden sich jene subkutanen Gummata kaum von denen bei der erworbenen Syphilis der Erwachsenen.

Schwierig ist nur ihre Diagnose, namentlich ein Unterschied von den skrofulo-tuberkulösen Gummata, mit denen sie leicht verwechselt werden können. Hier sind dann namentlich Anamnese und das Allgemeinbefinden des Patienten von Belang. — Verf. beschäftigt sich nur mit ganz kleinen Kindern, bei denen seiner Meinung nach die skrofulo-tuberkulösen Gummata viel seltener seien, als die luetischen — eine Ansicht, die wohl nicht widerspruchslos bleiben wird. Er empfiehlt für alle Fälle ein antisyphilitisches Verfahren.

Über die Myome der Haut und des Unterhautzellgewebes, von Dr. Phélisse. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Im vorigen Jahrhundert und zu Beginn des jetzigen wurden diese Tumoren von den Chirurgen unter verschiedenen Namen beschrieben, als Tuberkel, Sarkome, Fibrome. 1842 fanden Bidder und Valler in denselben glatte Muskelfasen. Vogel bestätigte diese Entdeckung; Lebert aber bezeichnete sie trotz der Anwesenheit des muskulären Elements, um ihre fibröse Natur anzudeuten, als fibroide Tumoren. Virchow (1854) betrachtete das muskuläre Element als das wesentlichste und bezeichnendste dieser Tumoren und schlug die Allgemeinbezeichnung Myom vor, die seitdem auch überall angenommen wurde. Ebenfalls Virchow beschrieb zuerst die Histologie eines Hautmyoms. Ihm folgte in Deutschland Förster mit mehreren Fällen; in Frankreich Verneuil 1858, Challand 1871, die der anatomischen Gesellschaft interessante Beobachtungen von Myomen mitteilten. Jedoch E. Besnier trug mit seiner ausgezeichneten Darstellung die

Palme davon. Diese wichtige, 1880 erschienene Arbeit lenkte die Aufmerksamkeit der Beobachter auf diese Art von Tumoren, und seitdem haben Aruozan und Vaillard im *Journal de Médecine de Bordaux*, Brigide und Mareacci im *Imparzeal* (?) und Chambard zahlreiche Fälle veröffentlicht.

Nach Verf., der in seiner These sämtliche bekannten Fälle von Haut- und Unterhaut-Myomen gewissenhaft aufzählt, können dieselben unter einem doppelten klinischen Bild verlaufen, als eruptive und als lokalisierte Form. Erstere bestehen aus kleinen Hauttumoren von fester Beschaffenheit, die auf der Haut Erhabenheiten mit glatter Oberfläche bilden; sie sind anfangs rosenfarbig, werden aber mit der Zeit dunkler. Sie erscheinen zuerst in kleiner Zahl an irgend einer Stelle; sie wachsen und vermehren sich nur sehr langsam, aber unaufhaltsam und breiten sich allmählich auf einer grofsen Hautstrecke aus. Sie können an allen Körperteilen erscheinen. Anfangs schmerzlos, werden sie häufig im Verlauf auf Druck oder von selbst äufserst schmerzhaft. Sie entwickeln sich erst im späteren Alter.

Die lokalisierten Tumoren treten gewöhnlich nur einzeln auf und können allen Teilen der Haut aufsitzen, finden sich aber vorzüglich an Teilen, die mit einer Dartos versehen sind, so am Scrotum, Labium majus, Mamilla; sie können bis apfelgrofs werden, sitzen breit auf oder sind gestielt. Bald sind sie elastisch hart, bald mehr weniger weich. Im letztern Fall ist es möglich, mittels der muskulären Elemente Kontraktionen zu erzeugen. Sie sind immer schmerzlos.

Die subkutanen Myome bilden eine der wichtigsten Gruppen der als Tubercula subcutanea dolorosa beschriebenen Tumoren. Es sind das Lio-Myome, bei denen das Bindegewebe und die Gefäfse ziemlich beträchtlich entwickelt sind. Sie sind ungefährlich und entwickeln sich sehr langsam; Rückfälle kommen nicht vor.

Über die Beziehung der Syphilis zu den eruptiven Fiebern, von Dr. Annel. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Verf. vermag zur Lösung dieser Frage nur weniges und nur ungenügendes Material beizubringen.

Die eruptiven Fieber können die Syphilis in zweifacher Weise beeinflussen: 1. entweder indem sie, wie jede akute Krankheit, das Bild verändern, oder 2. indem sie auf die Hauterscheinungen wirken. In letzterem Falle können sie entweder die Syphilis zum Verschwinden bringen, oder umgekehrt zu deren Heftigkeit und Ausdehnung beitragen, oder endlich sie in ihrem Sitz verändern. Verf. führt in der That mehrere Fälle an, wo durch Variola alte hartnäckige Syphilide geheilt worden waren.

Was nun umgekehrt den Einfluſs der Syphilis auf den Verlauf der akuten Exantheme anbelangt, so weifs Verf. nur von einem Fall zu berichten, in dem eine syphilitische Frau an den Pocken starb. Aber in

diesem Fall war die Frau so heruntergekommen, dafs man es nicht noch nötig hatte, die Syphilis für den tödlichen Verlauf verantwortlich zu machen.

Lille. A. TAVERNIER.

(Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM in Hamburg.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Amerika.

Journal of Cutaneous and Genito-Urinary-Diseases. Vol. VI. No. 5. Mai 1888.

Originalaufsätze:

Jodammonium-Exanthem, von J. CLARK MC GUIRE. Verf. hat keinen einzigen Fall in der Litteratur gefunden, wo ein bullöses Exanthem durch Jodammonium hervorgerufen worden war. Er glaubt daher, dafs der folgende, von ihm beobachtete Fall nicht ohne Interesse sein dürfte. Der betreffende Patient erhielt wegen einer fieberhaften Bronchopneumonie aufser Chinin und Whisky ein Tonikum aus Hydrarg. bichlorat. corros. 0,06, Ammon. jodat. 7,5, Sarsaparill. 60,0, Elix. Malt. aromat. ad 90,0. Nach einigen Dosen — ca. 1,2 Ammon. jodat. — entwickelte sich auf der behaarten Kopfhaut, dem Gesicht und den Schultern ein vesikulöser Ausschlag, wecher einige Tage nach dem Aussetzen der Medizin wieder verschwand, zwei Wochen später aber wiederkehrte, nachdem von neuem ca. 0,3 Jodammonium verbraucht worden war. Zehn Tage nach dem Wiederaussetzen des Mittels erreichte der Ausschlag seine höchste Entwickelung. Der Ausschlag bestand zuletzt aus Bläschen und Blasen und fand sich an der behaarten Kopfhaut, im Gesicht, an Stamm, Ober- und Unterschenkeln. Die Gröfse derselben schwankte auf dem Kopf zwischen derjenigen einer Erbse und der eines Taubeneis. Die unversehrten Läsionen waren deutlich genabelt, stahlfarben und von einem leichten Hof umgeben. Verschiedene Blasen waren zusammengeflossen, geplatzt und sonderten blutiges Serum ab. Nur im Gesicht und auf der Kopfhaut war die Haut zwischen den Läsionen infiltriert und gerötet, die Füfse und Knöchel waren stark geschwollen. Der Patient wurde verdrossen und schläfrig; im Urin fand sich eine Spur von Eiweifs. Die Läsionen am Rücken und an den Beinen vergröfserten sich beträchtlich und es bildeten sich Ulcerationen mit erhabenen und harten Rändern, sowie sehr lästigem Geruch. Schliefslich starb Patient ca. 5 Monate nach Beginn der Krankheit. Die Entwickelung des Ausschlags binnen 4 Tagen nach Aufnahme des Medikamentes, sowie das Verschwinden desselben innerhalb weniger Tage nach dem Aussetzen der Drogue und das Wiedererscheinen des Exanthems nach dem erneuten Gebrauch des

Jodpräparates sprechen gegen Syphilis, aber für ein Jodammoniumexanthem. Überdies gehört ein vesikulöser Ausschlag zu den ungewöhnlichsten Manifestationen der Syphilis und, falls dieselbe in dieser Form auftritt, sind die Blasen nicht so weit verbreitet, nicht so deutlich genabelt, und bilden keine so dunklen, blutigen Krusten, wie in dem vorliegenden Falle.

Bemerkungen über den vesiko-urethralen Erethismus, besonders bei Lokomotivenführern, von JOHN BLAKE WHITE.

Die Irritabilität der Urethra mit verringerter Kraft der Blase, welche die Lokomotivenführer fast sämtlich befällt, ist zwar ungemein lästig, aber doch ganz wohl heilbar; wird sie jedoch vernachlässigt, so kann sie zu hartnäckigen, ja selbst ernsten organischen Veränderungen in der Urethra, der Blase und den angrenzenden Teilen führen. Die Ursache dieser Affektion bilden die fortlaufenden, durch die Thätigkeit der Maschine mitgeteilten Vibrationen, welche durch den üblichen Sitz der Maschinisten noch verstärkt werden. Letztere sitzen nämlich gewöhnlich rittlings auf einem schmalen Sitz, welcher lediglich auf das Perineum drückt und die Stöfse oder Erschütterungen von der Maschine auf den perinealen Teil der Urethra überträgt, sowie auf den Blasenhals; und auf diese Weise kommt es bald zu einem Reizzustand (Erethismus) des Sphincter, Accelevator und Ejaculator urinae, welcher sich im häufigem Harndrang äufsert. In heftigen Fällen folgt eine lästige Incontinentia urinae.

Die Symptome dieses Zustandes gleichen fast sämtlich denjenigen einer organischen Striktur, jedoch fehlt die Empfindlichkeit bei der Einführung von Instrumenten, und man mufs daher auf die Komplikation einer Striktur in der penilen Urethra schliefsen, wenn bei der Einführung einer Sonde ein krampfhafter Widerstand empfunden wird. Die Diagnose zwischen urethralem Erethismus infolge einer organischen Striktur und demjenigen infolge einer zentralen Läsion, sowie dem soeben besprochenen Zustande ist nur durch Ausschliefsung zu erhalten, zugleich aber überaus wichtig, da die Behandlung dieser verschiedenen Affektionen notwendigerweise eine ganz verschiedene ist. Während bei einer vorhandenen Striktur der Reizzustand durch Dilatation gebessert werden kann, würde dieses Verfahren bei dem in Rede stehenden Erethismus der Urethra ohne komplizierende Striktur nicht am Platze sein, sowie es auch bei dem Erethismus infolge zentraler Läsion selten vorteilhaft sein würde. Anderseits würde in letzterem Falle völlige, geistige und körperliche Ruhe erforderlich sein, während bei dem Erethismus der Lokomotivenführer ohne Unterbrechung der Berufsthätigkeit Heilung zu erzielen ist, wenn durch eine Veränderung des Sitzes die Stöfse gegen die Urethra und Blase vermieden werden. Zu diesem Zwecke bedarf es nur eines weichen elastischen Kissens, welches derartig von Federn getragen wird, dafs das Körpergewicht in der Hauptsache auf den Glutealmuskeln ruht. Sind im letzteren Falle die Erscheinungen heftiger, so sind Suppositorien von Belladonna und Strychnin vorteilhaft, ebenso der innerliche Gebrauch des flüssigen Extraktes

von Pichi (Fabiana imbricata), Belladonna, des Extractum Cannabis und Strychni. mit gleichzeitigen warmen Sitzbädern von Kreuznacher Salz.

Wird ein solcher Fall durch eine Striktur kompliziert, so sollte die allmähliche Dilatation nicht eher ausgeführt werden, bis die Empfindlichkeit der Urethra durch geeignete Behandlung gehoben ist.

Umschriebene Atrophie der Haut, möglicherweise hereditären Ursprungs, von T. Curtis Smith. In dem mitgeteilten Falle zeigte der kräftige, aus einer sehr gesunden Familie stammende, 28jährige Patient an den Händen und im Gesicht eine Anzahl weifser Flecke, welche seit ca. 2 Jahren vorhanden waren und in der Wärme viel deutlicher hervortraten, als in der Kälte. Auch der Vater des Patienten hatte längere Jahre gleiche Flecke an den Händen gehabt. Patient hat vorher nie an einer Hautkrankheit gelitten, und ebensowenig liefs sich eine Schädlichkeit als Ursache der atrophischen Flecke nachweisen. Dieselben waren rund oder oval, von Erbsen- bis Zehnpfennigstückgröfse, und von der Farbe reiner Milch, nicht behaart, weich, mit deutlich sichtbaren Poren. Die Ränder waren scharf begrenzt, und es zeigte sich kein Übergang der weifsen Farbe in diejenige der normalen Haut. Durch das Gefühl liefs sich keine Verdünnung der Haut an den Flecken erkennen, wohl aber beim Bilden einer Hautfalte. Eine Vertiefung der atrophischen Stellen, welche bei der Besichtigung vorhanden zu sein schien, liefs sich durch Darüberstreichen mit dem Finger nicht nachweisen. Derartige atrophische Flecke fanden sich an den Dorsalflächen der Hände, Finger und Handgelenke, sowie an der Palmarfläche der Handgelenke; ferner im Gesicht dicht über der rechten Augenbraue, an dem inneren und äufseren linken Augenwinkel, an dem äufseren rechten Augenwinkel und in der Nähe des linken Mundwinkels. Der Erfolg der Behandlung, welche in der Darreichung von Arsenik und vorübergehend von Calcium sulfuratum, sowie in dem lokalen Gebrauch einer starken Merkurialsalbe und später des konstanten Stromes bestand, war günstiger, als es Verf. erwartet hatte.

New-York Dermatological Society. 180. Sitzung.

Einen Fall von **Lupus acneïformis** oder **lupusartiger Akne** stellt Dr. Fox vor. Bei der ersten Besichtigung des Patienten vor 2 Jahren bestand der Ausschlag aus Papulopusteln auf dem Scheitel, welche, seit 18 Monaten vorhanden, teils genabelt und fast sämtlich exkoriiert waren, sowie Neigung zur Gruppenbildung zeigten. Jetzt hat er sich auf die Stirn und Schläfen ausgebreitet und gleicht einem Knotensyphilid, obgleich heftiges Jucken ein hervorragendes Symptom bildet. Zahlreiche kleine Narben sind sichtbar. Die wegen der grofsen Ähnlichkeit mit Syphilis eingeleitete Behandlung mit Hydrarg. bijodat. rubrum und Jodkalium beseitigte das Jucken binnen 3 Tagen ohne jede lokale Therapie und besserte auch den Ausschlag. Trotz dieses überraschenden Erfolges der spezifischen Behandlung wird die Affektion von den meisten Mitgliedern für nicht

syphilitisch gehalten. Morrow hält dieselbe für Lupus acnéique der Franzosen, Fuller für lupusartige Akne, desgleichen Sherwell, welcher den Tumor über dem Auge als eine Dermoidcyste und nicht als Gumma betrachtet, und Klotz, Elliot bezeichnen den Fall als Acne varioliformis, und nur Allen und Jackson sprechen sich für Syphilis aus. Fox glaubt schliefslich den Ausschlag als eine Phase von Lupus erythematosus bezeichnen zu sollen, welche von Bazin Acne varioliformis, später auch Acne atrophica oder lupusartige Akne benannt worden ist. Vor einigen Monaten legte er ihr wegen des Juckens den Namen Lupus acneïformis bei. Dr. Morrow hält den Terminus Lupus erythemato-acnéique für den passendsten.

Dr. Fox stellt einen Fall von **Atrophie der Nägel** bei einem 12jährigen Knaben vor. Der Prozefs beginnt als ein gelber Streifen, welcher den Nagel hinabläuft. Die erkrankten Nägel sind sämtlich verfärbt, schwärzlich oder bräunlich, rissig und gestreift. Zuerst wurde vor einem Jahre der kleine Finger der rechten Hand ergriffen, weiterhin die übrigen Finger der Reihe nach, und nach wenigen Monaten auch diejenigen der linken Hand, sowie vor 6 Monaten die Zehen. Redner ist der Überzeugung, dafs die Läsion weder das Resultat einer Entzündung, noch einer Allgemeinerkrankung, noch von Ringworm, noch von Favus ist, sondern am passendsten als Onychoatrophia zu bezeichnen ist.

Zum Schlufs zeigt Dr. Piffard die Photographie eines Falles von **Favus bei einem kleinen Kinde** im Alter von 6 Wochen vor, welches von der favuskranken Mutter infiziert worden war und die charakteristischen Favusskutula auf der behaarten Kopfhaut zeigte.

Korrespondenz.

In einem Schreiben an die Redaktion empfiehlt J. M. Latta (Millerton, Kansas) gegen die verschiedenen Arten von **Dermatitis venenata**, z. B. infolge der Wirkung von Rhus toxicodendron oder Rhus venenata, den äufserlichen Gebrauch der Buttermilch in Form von Umschlägen. Nach 6—12stündigem Gebrauch werden diese Umschläge durch Vaselineinreibungen ersetzt. Es soll in der Regel eine einmalige Anwendung genügen. Nach des Verf.s Erfahrung ist diese Behandlungsweise unter 4 Fällen 3mal erfolgreich, und zwar wird nicht selten eine wunde, entzündete und ungemein reizbare Stelle von Dermatitis binnen 24 Stunden in eine rapid eintrocknende, heilende Fläche verwandelt.

Ein neues Harnröhrenspekulum empfiehlt F. Tilden Brown. Die bisherigen Instrumente haben nach Ansicht des Verf.s den Fehler, dafs sie durch Ausdehnung des Meatus Schmerz verursachen, besonders wenn dieser Teil der Urethra enger ist, als die übrigen, und dafs die trichterförmige Öffnung derselben nur schwer einen genügenden Überblick gestattet. Diese Übelstände soll das neue Spekulum vermeiden, und zwar wird dies dadurch

erreicht, dafs die beiden Arme desselben — aus dünnen Stäben gebogen — sowohl an ihrer Basis durch ein rechtwinklich angesetztes Gelenk, als auch an ihrem distalen Ende durch einen Hebel entfernt oder genähert werden können. Der Hebel wird an der Basis vermittelst einer Schraube bewegt. Die Bewegung der beiden Arme des Spekulums geschieht an beiden Enden d. h. sowohl an der Basis wie an der Spitze vollständig unabhängig von einander, wodurch es möglich wird, jeden Teil der Urethra bis zu einer Tiefe von 4 cm (der Länge der Arme) nach Belieben zu erweitern.

C. G. R. Jennings berichtet über ein **Jodoformexanthem**. Der betreffende Patient erhielt wegen seiner Phthisis pulmonum Kapseln mit 0,06 Jodoform mit Kreosot. Nach 6wöchentlichem Gebrauch erschienen an dem einen Knöchel einige Purpuraflecke, denen innerhalb 12 Stunden eine Menge gleichmäfsig über den ganzen Fufs und Schenkel, sowie über den andren Fufs verstreuter Petechien oder hämorrhagische Flecke folgte. Gleichzeitig stellten sich in allen gröfseren Gelenken rheumatoide Schmerzen ein. Nach dem Aussetzen der Kapseln bildeten sich die Läsionen rasch zurück.

Selections

Atypische Dysidrosis. Dr. Vidal beobachtete einen Patienten, welcher auf den Fufssohlen eine ausgedehnte Ablösung der Epidermis zeigte. Dieselbe war die Folge von Bläschen, welche sich zu gröfseren Blasen vereinigten und durch eine übermäfsige Perspiration verursacht wurden. Die Diagnose wurde dadurch ermöglicht, dafs die gleichen Bläschen auch an den Hohlhänden vorhanden waren. Die Therapie bestand in dem Gebrauch von Salbeithee zur Verminderung des Schweifses und lokal in Waschungen mit verdünntem Essig (2 Theelöffel auf ein Glas Wasser). (*Jounal de Médicine.*)

Polymorphes Erythem. Unter den mannigfaltigen Manifestationen dieser Krankheit findet sich häufig Hydroa bulleux (Herpes Iris Batemans). Vidal beobachtete einen Fall dieser letzteren Affektion, in dem keine Spur von Erythem in der Nachbarschaft vorhanden war, und welcher mit Unrecht als polymorphes Erythem bezeichnet worden wäre. Es fanden sich die Blasen nicht nur auf der Haut, sondern auch auf der Schleimhaut des Mundes, der Zunge und der Augen. Die Lippen waren geschwollen und mit Ulcerationen bedeckt. Bie Behandlung bestand in der lokalen Anwendung von

℞ *Boracis* 10,0
Glycerin 15,0
Aq. Lauroceras. 25,0

(*Journal de Médicine.*)

Vaginitis. Vidal empfiehlt den Balsamum Gurjuni als eins der besten Mittel gegen Vaginitis und zwar in einer Mischung von 1 p. Balsam

auf 2 pp. Aq. Calcariae, mit welcher Tampons angefeuchtet werden. Die anfänglich eintretende Reizung und das geringe Brennen verlieren sich bald. VIDAL verwendet den Balsam auch innerlich bei Gonorrhöe.

Bei gewissen Fällen von trockenem **Ekzem**, welches heftiges Jucken verursacht, ist die folgende Vorschrift empfehlenswert:

℞ *Glycerole of starch* (wohl Glycerin. Amyli) 30,0
Acid. tannic.
Hydrarg. chlorat. mit. aa 1,0
(*Journal de Médicine.*)

Lithotrypsie mit Hilfe des Kokain. Dr. PHILIP berichtet den ausgezeichneten Erfolg, welchen er in einem Falle von Lithotrypsie mit Kokain erzielt hat. Nach seiner Ansicht ist die Gefahr der Absorption nicht vorhanden, so lange die Schleimhaut der Blase intakt ist. Diese Gefahr tritt erst ein, wenn das Epithel der Blasenschleimhaut in gröfserem Umfange abgestofsen ist, und man mufs sich daher in solchen Fällen mit der Dosis des Mittels nach dem Umfange der Alteration richten. In dem beschriebenen Falle wurde zuerst eine schwache (1,0) Lösung gebraucht und diese nach und nach verstärkt, bis die wirksame Dosis (3,0 : 40 Aqua) erreicht war. Bereits 10 Minuten nach dieser Injektion konnten 300 g einer Borsäurelösung ohne die geringste schmerzhafte Empfindung eingespritzt werden. Zur Ausführung der Lithotrypsie waren drei Sitzungen nötig, welche fast ganz schmerzlos verliefen und keinerlei ungünstige Folgen hatten. Die Trümmer wogen ca. 18 g und wurden zum gröfsten Teil in der ersten Sitzung entfernt. (*Lyon Médical.*)

Sofortige Naht der Urethra bei traumatischer Ruptur. Bei vollständiger Ruptur der perinealen Urethra soll eine rationelle Behandlung nach ERASME den folgenden Indikationen entsprechen:

1. Es soll eine genügend weite Passage für die an der Einrifsstelle angesammelten Flüssigkeiten eröffnet werden.

2. Für den Urin mufs ein freier Ausweg geschafft werden.

3. Es soll die schleunige Vereinigung der beiden Enden der zerrissenen Urethra und der Wandungen des durch die Extravasation in das Perineum gebildeten Hohlraumes erzielt werden.

4. Es gilt die Bildung einer Narbenkontraktion des Harnröhrenkanals zu verhindern.

Ein vollständiges und dauerndes Resultat ist nur bei sofortiger Wiedervereinigung der beiden Enden der Harnröhre ohne Zwischenlagerung von neugebildetem Gewebe zu erhoffen. Die Ränder der Schleimhaut müssen sorgfältig durch Katgutnähte vereinigt werden. Katheterisiert wird nur in den ersten Tagen. Die perineale Wunde wird offen behandelt und antiseptisch verbunden. Für den Vorteil der frühzeitigen Sutur spricht die statistische Mitteilung KAUFMANNS, nach welcher bei früher perinealer In-

sion die Mortalität 8,79 % der Fälle beträgt, dagegen 20 % bei später Ausführung der Operation. (*Annales des Maladies genito-urinaires.*)

Bouchards Erfahrung, dafs **Furunkel** durch intestinale Antisepsis günstig beeinflufst werden, wird von Le Gendre bestätigt (*Le Concours médical.* 28. Jan. 1888), da er durch die Darreichung von β-Naphthol, Bismuth. salicyl. und Magnesia ää 0,3 (4stündlich) deutlichen Erfolg erzielte. Gleichzeitig verwendete er lokale antiseptische Waschungen.

Dr. Page (*Brit. Med. Journ.*) empfiehlt die Auskratzung des **Karbunkels** mit dem Volkmannschen scharfen Löffel oder Listers Schabeisen; die entstehende Wunde wird antiseptisch behandelt.

Auch Teale (*Liverpool Med. Chir. Journ.*) glaubt, dafs kaum bei einer andren Krankheit das Auskratzen von gröfserm Werte sein kann, als bei dem Karbunkel. Nach Entfernung der erkrankten und abgestofsenen Gewebe sollen die entstandenen Hohlräume und Vertiefungen sorgfältig mit reiner Karbolsäure (!) oder Glycerole of carbolic acid ausgeätzt werden, worauf die Wunde mit Jodoform bestreut und mit Salicylsäure oder einem andren Antiseptikum verbunden wird.

Behandlung der Psoriasis. Vidal (*Journ. de Méd.*) empfiehlt für die meisten Fälle als vorzügliches Mittel das Oleum Cadini in folgender Vorschrift:

℞ *Glycerole of starch (Glycerinum Amyli)*	100
Sapo virid.	5
Ol. Cadini	100

Dieses Präparat soll jede Nacht angewendet werden. Früh morgens wird ein Bad mit Teerseife genommen.

Wiederkehrender Herpes der Zunge findet sich bei syphilitischen Personen häufig mehrere Jahre nach der scheinbaren Heilung der Syphilis. Er zeigt sich in Form von Erosionen an den Zungenrändern, wird durch antisyphilitische Behandlung nur wenig beeinflufst und zeigt eine auffallende Neigung zum Recidivieren nach Ätzungen und ähnlicher lokaler Behandlung. Nach Fournier (*La Semaine Médicale*) erscheint die Affektion nur in Gestalt von Erosionen oder oberflächlicher Exfoliation der Schleimhaut. Die Erosionen sind klein, von der Gröfse einer Linse bis zu der eines Getreidekorns, einzelne sogar kaum stecknadelkopfgrofs. Die Erosionen sind zahlreich und verstreut und finden sich, obschon gewöhnlich an den Rändern, auch auf dem Rücken der Zunge. Ähnlich dem Herpes, haben die Erosionen nur eine kurze Dauer, 8 bis 14 Tage, wenn nicht Rauchen und eine allgemeine, krankhafte Beschaffenheit des Mundes einwirken. Der herpetische Charakter zeigt sich in der polycyklischen Konfiguration der Läsionen. Die Farbe der letzteren ist rötlich und vor Abstofsung des Epithels eher gräulich. Dafs man die Läsionen nicht im vesikulösen Stadium antrifft, ist bei dem ephemeren Charakter derselben nur natürlich. Nach

Ansicht des Autors beruht die Affektion auf der Reizung der Mundschleimhaut durch allzu starken Gebrauch von Merkurialien, Tabaksgenuſs etc. Eine Merkurialkur verschlimmert daher den Zustand nur und es kann derselbe nicht als Manifestation der Syphilis betrachtet werden.

Bei **ausgedehnten Verbrennungen** empfiehlt Le Clerc (*Journ. de Méd.*) kontinuierliche Bäder, welche durch Karbolsäure antiseptisch gemacht und auf einer Temperetur von 95 ° F. erhalten werden.

Übermäſsigen Fuſsschweiſs von jahrelanger Dauer und so lästig, daſs der betreffende Patient dem Selbstmord nahe war, heilte Legoux (*Gaz. Méd. de Picardie*) binnen 15 Tagen durch täglich zweimalige Anwendung folgender Mixtur, nachdem die Füſse wiederholt in einem schwachen Aufguſs von Walnuſsblättern gebadet worden waren:

℞ *Glycerin.* 10,0
Ferrum chlorat. (Perchloride of iron) 30,0
Essentia Bergamott. gtts. 20

Um bei **Variola** die Suppuration zu mildern, die Heilung zu beschleunigen und die Narbenbildung zu verhindern, öffnet Dr. Caraillou die Pusteln am 4. oder 5. Tage mittels Lanzette oder Nadel, wischt deren Inhalt mit antiseptischer Watte weg und pinselt auf jede Pustel:

℞ *Benzin.* 1,0
Aq. dest. 40,0
Spirit. 2,0

Im dritten Stadium verordnet er:

℞ *Naphthol* 5,0
Vaselin. 100,0

(*Journ. de Méd.*)

Gegen **Gonorrhöe** empfiehlt Turpura Impallòmenti Injektionen mit Kreosot (eine 1 %ige Lösung in Decoct. Chamomill.) besonders in Verbindung mit Acidum boricum. Er fand bereits 2 Stunden nach dem Gebrauch des Kreosot die Mikroben getötet. Von 7 Patienten wurden 5 innerhalb 6 Tagen geheilt. (*Farm. Italiano.*)

Gegen **ulcerierende Syphiliden der Vulva** wird empfohlen:

℞ *Chloral. hydrat.* 5,0
Tinct. Eucalypt. 10,0
Aq. dest. 500,0

Gegen **Pigmentationen während der Schwangerschaft** empfiehlt Dr. Monin:

℞ *Ol. Cacao* 75,0
Ol. Ricini ää
Zinc. oxyd. pur. 0,3
Hydrarg. praecip. alb. 0,12
Essent. Rosae q. s.

Früh und abends anzuwenden.

Leipzig. TH. A. KIRSTEN.

Aus der amerikanischen medizinischen Gesellschaft (39. Jahresversammlung) Cincinati vom 8.—11. Mai 1888. (Nach *D. Med.-Ztg.*)

Ätiologie und Behandlung des Ekzems. BULKLEY stellt folgendes Schema der Ursachen des Ekzems auf:

Konstitutionelle und allgemeine Ursachen.

1. Prädisponierende Momente: Heredität, arthritische, neurotische und skrofulöse Diathese.

2. Veranlassende Momente: Schwäche, Verdauungsstörungen, nervöse Depression.

Lokale oder äufsere Ursachen.

1. Prädisponierende Momente: Klima, sitzende, stehende, aufregende Beschäftigung, Diät.

2. Veranlassende Momente: Klima, plötzliche Einwirkung von Hitze und Kälte, länger dauernde Einwirkung. — Beschäftigung, lange Gefangenschaft, langes Stehen, Aufregung. — Diät: Säure, Süfsigkeiten, Tabak. — Irritantien: Seifen, Salben, Verbrühung, Blasenpflaster etc.

Über das Prairie-Jucken. WILLIAM T. CORTLETT-Cleveland versteht darunter eine Krankheit, welche 1885 in Louisville jeden 20. Menschen ergriff und die in ihren Symptomen der Scabies sehr ähnlich ist. Bei genauerer Untersuchung mehrerer derartiger Fälle diagnostizierte C. Neurosis cutanea, Scabies, Pruritus, Phthiriasis, Ekzema, Xeroderma, so dafs es sich nicht um eine neue Krankheit handelt, sondern die Unwissenheit der praktischen Ärzte auf dem Gebiete der Dermatologie die Einführung des Kollektivnamens verschuldet hatte.

Die Wichtigkeit der lokalen Behandlung bei Syphilis. JOSEPH ZEISLER-Chicago empfiehlt dieselbe in allen Stadien der Lues. Den Primäraffekt exzidiert er nicht, wenn er hart ist, weil er die Härte bereits für ein Symptom konstitutioneller Lues ansieht; gegen dasselbe wäre ein Merkurialpflaster von Nutzen. Die sekundären Symptome behandelt er mit Einreibungen. Die Affektionen auf dem Gesicht beseitigt er mit 10—20% weifser Präcipitatsalbe. Papeln auf Palma und Planta, Psoriasis specifica verlangen 10—20% Chrysarobinsalbe, infiltrierte Stellen 1—2% Sublimatkollodium zweimal täglich (die Schrunden müssen dabei vermieden werden),

warme Bäder mit Zusatz von 1 Teil Sublimat auf 2000 Teile Wasser, Argentum nitricum für Papeln auf Schleimbäuten. Kondylome (die Quellen der Infektion) kauterisiert Z. mit dem Argentumstift nach vorheriger Kokainisierung. In den späteren Stadien mit schweren lokalen Erscheinungen an wichtigen Organen sind lokale Mittel besonders wichtig.

Schoemaker liebt die Exzision der Schanker schon zu Besserung der lokalen Krankheit und zur Beseitigung der „Syphilidophobie", wie man sie bei Studenten öfter findet.

Arsenik in der Dermatologie. B. M. Ricketts-Cincinnati warnt davor, alte Lösungen von Ac. arsenic. zu geben, da diese infolge von Zersetzungen in ihrer Zusammensetzung nicht konstant sind, und empfiehlt ausschliefslich die frisch mit einigen Tropfen Ac. mur. bereiteten Lösungen. Die Salzsäure des Magens bildet mit Arsenik Ac. arsenic, und so entstehen die giftigen Wirkungen, weshalb man während einer Arsenikbehandlung keine Chloride dem Patienten geben darf, während anderseits arsenige Säure nach der Mahlzeit am besten durch die vorhandene Salzsäure resorbiert wird; dies ist der Grund, weshalb man Arsenik zusammen mit schwarzem Pfeffer (asiat. Pillen) gibt. Der Pfeffer regt nämlich den Magen zu stärkerer Salzsäuresekretion an, während allerdings ein zu grofser Zusatz von Pfeffer die Verdauung stört.

Bei Psoriasis und blasigen Exanthemen empfiehlt es sich zuweilen sie zusammen mit Jodkalium zu geben. Die Kombination mit Opium soll eine zu starke Peristaltik und Tenesmus verhindern. Als prophylaktische Mafsregel empfiehlt es sich, um Kumulationswirkungen von unverdaut liegengebliebenem Arsenik zu verhüten, mindestens einmal täglich eine Stuhlentleerung, eventuell durch Salina zu sichern. R. empfiehlt folgende Formel:

℞ *Piper. nigr.* 0,015—0,06
Opii . . . . 0,005—0,015
Ac. arsenic. 0,005—0,0075
f. c. Pulv. et Succ. Liq. Pilula
D. t. No. XXX.

R. beginnt mit 0,005 Arsenik zweimal täglich nach den Mahlzeiten und steigert jeden zweiten Tag die Dosis um 0,005. Die Wirkung des Arsenik auf Hautkrankheiten erklärt R. dadurch, dafs er einen, das Nervensystem stärkenden Einfluſs annimmt, wodurch dasselbe eine bessere Kontrolle über die peripherische Nervenausbreitung hat, wodurch die Hautgefäfse sich prompter kontrahieren, die Blutzufuhr nachläfst, und die Zellenproliferation verringert wird.

Verruköse Hauttuberkulose. G. T. Elliot-New York versteht nach dem Vorgange von Riehl und Paltauf unter Tuberculosis cutis verrucosa eine Inokulationstuberkulose, welche sich bei gesunden Erwachsenen findet, die infolge ihrer Beschäftigung beständig mit Haustieren in Berührung kommen (Schlächter, Köche). Die Krankheit, welche am

häufigsten an den Händen (dorsum) auftritt, ähnelt einer Gruppe von Warzen, wechselt in der Gröfse von einer Erbse bis zu einem Dreimarkstück. Sie sind rund oder oval, können sich vereinigen und bekommen dann ein serpiginöses Aussehen. Jede Plaque ist von einer schmalen geröteten, mit kleinen oberflächlichen Pusteln oder Krusten versehenen Zone umgeben. Auf Druck entleert sich aus dem zentralen erhabenen Teil etwas Eiter. Die Rückbildung der Plaques ist eine spontane; es kann aber Jahre dauern, bevor sie beginnt. Mikroskopisch findet man in den krankhaften Geweben massenhaft Tuberkelbacillen, während der aus den subepidermoidalen Miliarabscessen stammende Eiter nur Staphylokokken enthält. E. hält die Affektion für verwandt mit dem Leichentuberkel, wie ihn Anatomen bei der Sektion tuberkulöser Leichen acquirierten. Man behandelt die Affektion mit Exzision in toto mit dem scharfen Löffel oder mit Kauterisation, wobei die vollständige Zerstörung der Plaques von Wichtigkeit ist.

Italien.

Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle. 1888. Heft 2.

Tommasoli, **Untersuchungen über die Balanopostitis mit einem Beitrage zur dermatologischen Flora.** Verf. hat die von den Fachmännern vernachlässigte Balanopostitis zum Gegenstand einer eingehenden klinischen, bakteriologischen und experimentellen Studie gemacht, die nicht Anspruch auf Vollständigkeit erheben will, die aber sicher den Anstofs zu weiteren diesbezüglichen Untersuchungen geben wird.

In klinischer Beziehung hat Verf., gestützt auf seine eignen und andrer Beobachtungen, die Existenz verschiedener Balanitiden mit verschiedenen klinischen Bildern festzustellen versucht, von denen jede einer andren Ursache ihre Entstehung verdankt.

Verf. unterscheidet drei Gruppen von Balanitiden und zwar:

1. Die gewöhnliche Balanopostitis, die insbesondere bei unreinlichen Individuen vorkommt, namentlich wenn sie mit einer venerischen Affektion, wie Blennorrhöe oder Ulcus molle, behaftet sind; 2. die Balanoposto-mycosis diabetica, die so häufig bei Diabetikern anzutreffen ist, und 3. eine eigentümliche Balanopostitis, die man wiederholt in bestimmten Zeitperioden und in gewissen Jahreszeiten, ohne scheinbaren Grund, auftreten sieht.

Mit dieser letzteren Form, die einer gesteigerten oder überhaupt veränderten Smegmasekretion zugeschrieben und als Seborrhöe der Glans bezeichnet wurde, befafst sich der Verf. eingehender und nennt sie, wegen ihres periodischen Auftretens, Balanopostitis recurrens.

Es verdienen ferner hervorgehoben zu werden die verschiedenartigen bakteriologischen Untersuchungen, die der Verf. zu dem Zwecke angestellt hat, um zu sehen, ob nicht vielleicht die Balanopostitis recurrens von einem besonderen Mikroorganismus abhänge; zu diesen bakteriologischen Untersuchungen wird Verf. insbesondere durch die maſsgebenden Anschauungen Unnas über das seborrhoische Ekzem veranlaſst.

Verf. hat genau die morphologischen und biologischen Eigenschaften des Saccharomyces epidermidis studiert und erkannt, daſs die sphärische und ovale Form einer und derselben Spezies angehören.

Ferner hat er sehr bemerkenswerte und interessante Thatsachen bezüglich der bei dieser Affektion von ihm gefundenen pyogenen Bakterien aufgehellt, die zum Teile dazu helfen können, die so viel erörterte Frage über das Wesen des Ulcus molle zu lösen.

Bezüglich der Pathogenese der Balanopostitis recurrens sagt Verf.: „Die Schleimhaut der Glans und des Präputiums erkrankt bei derlei Individuen viel leichter aus zweierlei Gründen: einem allgemeinen und einem örtlichen. Es genügt daher etwas ganz Unbedeutendes, um in dieser zu Erkrankungen sehr geneigten Schleimhaut eine ziemlich langwierige Entzündung hervorzurufen. Dann findet an deren Oberfläche eine weit stärkere seröse Absonderung statt als die normale, welche das Smegma zu befeuchten und im Zustande käsiger Substanz zu erhalten pflegt, und es findet dabei auch eine weit stärkere Abstoſsung von noch nicht vollkommen reifen Epithelzellen statt, und damit ist in dem Smegma eine sehr wahrscheinliche Gelegenheit zu Fäulnisprozessen gegeben.“

Es ist zu wünschen, daſs diese für die noch nicht gelösten Fragen auf dem Gebiete der Syphilographie und Dermatologie so ersprieſslichen Untersuchungen nicht vereinzelt bleiben mögen.

Über den diagnostischen Wert der sogenannten hyalinen Körperchen des Rhinoskleroms. Del Chiappa hat vergleichende histologische Untersuchungen verschiedener chronischer, entzündlicher Neubildungen (darunter zwei Fälle von Rhinosklerom) angestellt, nachdem er bei der mikroskopischen Untersuchung eines atonischen Geschwürs in den tiefsten Partien des Derma rundliche Körperchen fand, die den sogenannten hyalinen Körperchen des Rhinoskleroms ganz ähnlich sahen.

Verf. zieht folgenden Schluſs: Die sogenannten hyalinen Körperchen sind dem Rhinosklerom nicht eigentümlich, da sie auch in andern von verschiedenen chronischen Prozessen abhängigen Neubildungen gefunden werden können. Folglich kann die anatomische Diagnose sich nicht auf einen solchen isolierten Befund stützen.

Antipyrinexanthem und Ausbruch von Herpes Zoster über demselben, von Dr. Mazotti. Bei einer 60jährigen Frau mit einer Herzaffektion traten plötzlich intensive Schmerzen am rechten Beine auf. M. injizierte eine Antipyrinlösung; nach der dritten Injektion (à 0,50 Anti-

pyrin) brach ein deutliches, charakteristisches, lokales Exanthem aus. Dasselbe bestand aus erhabenen Papeln von der Gröfse einer Linse bis zu der einer Bohne und von lebhafter ziegelroter Farbe. Sie waren nicht isoliert, sondern zu Gruppen vereinigt. Nach wenigen Tagen bildeten sich auf den Papeln und andern freien Stellen der Extremität Bläschen, die eine leicht trübe Flüssigkeit enthielten. Diese besafsen die Merkmale des Herpes Zoster. Nach zwei Wochen waren sowohl die Papeln als auch die Bläschen verschwunden.

Wien. DEL TORRE.

Die Exzision der Initialsklerose als Prophylaktikum gegen die allgemeine Syphilisinfektion, von Dr. SALSOTTO. (*L'Osservatore.* 1888.) Von der Überzeugung ausgehend, dafs auf die Inokulation des Syphilisvirus die Allgemeininfektion des Organismus nicht unmittelbar folge, hat auch Verf. die Exzision des Primäraffektes vorgenommen. Unter sechs Fällen war die Exzision viermal von Erfolg. Als erste Bedingung eines positiven Resultates stellt Verf. die so früh als möglich vorzunehmende Exzision hin. Nach dem 6. Tage, seit dem Auftreten des Primäraffektes, ist keine Hoffnung mehr auf einen Erfolg. Die auch schon beginnende Drüseninfiltration wäre eine Gegenindikation des genannten operativen Eingriffes. — Verf. zieht die Exzision der Kauterisation vor. Naht der Wundränder und Anlegung eines antiseptischen Verbandes. Vor der Exzision nimmt Verf. eine Ätzung der kranken Stelle mit Silbernitrat und eine Waschung mit Sublimatlösung vor.

Der Grund des Mifserfolges, den Verf. in zwei Fällen gehabt hat, liegt wahrscheinlich darin, dafs der Primäraffekt älter war, als dies aus den Aussagen der betreffenden Kranken hervorging.

Verf. schliefst seine Arbeit mit einer warmen Empfehlung der Exzision des Initialsyphiloms.

Deferentitis gonorrhoïca ohne Epididymitis, von Dr. MIBELLI. (*Boll. d. Cult. d. sc. mediche.* No. 3. 1888.) Ein junger Beamter acquiriert eine Blennorrhoea urethr.; einige Zeit darauf traten intensive Schmerzen längs des linken Samenstranges auf. Nebenhoden normal. Nach einigen Tagen hören jene Schmerzen auf, und der Ausfluſs aus der Harnröhre ist gesteigert. Kurz darzuf wieder lebhafte Schmerzen an dem linken Samenstrang; die Verdickung desselben läfst sich bei der Palpation nachweisen. Der Nebenhoden ist auch jetzt gesund. Dieses Recidiv heilte in 5 Tagen, aber dieselben Erscheinungen traten an dem rechten Samenstrang auf. Eine Woche später wird zum dritten und letzten mal das vas deferens sinistrum von dem gonorrhoischen Prozefs ergriffen; diesmal ist der Schmerz lebhafter, und es verläuft ca. ein Monat, bis jede Beschwerde als beseitigt betrachtet werden konnte. Einige Zeit darauf heilt auch die Urethritis.

Die Wichtigkeit dieses Falles liegt in seiner Seltenheit; denn sehr selten sind die Fälle mit blennorrhoïscher Deferentitis ohne Ausbreitung des Prozesses nach dem Epididymus, und äufserst selten sind jene Fälle, denen Ricord die pittoreske Bezeichnung von Epididimite à altalène beilegte, und die eben dadurch charakterisiert sind, dafs der entzündliche Prozefs, nachdem er zuerst den einen Nebenhoden und dann den andren ergriffen, wieder zum ersteren zurückkehrt.

Das Acidum salicylicum in der Behandlung der venerischen Geschwüre, von Dr. E. V. Ingria. (*Gazzetta degli Ospitali.* No. 32. 1883.) Schon seit dem Jahre 1875 wurde bei venerischen Krankheiten die Salicylsäure angewendet, aber die damit erzielten Resultate waren nicht sehr günstig. Verf. wandte mit sehr gutem Erfolge die Salicylsäure in Salbenform an (7,0—8,0 auf 100,0 Vaselin); in dieser Form wirkt das Mittel nicht so stark irritierend. Aus seinen Beobachtungen zieht Verf. den Schlufs, dafs dem Acidum salicylicum eine sehr energische, stimulierende und antiseptische Wirkung zukomme. Ulcera, die bei wiederholten Waschungen keine Zeichen der Besserung boten, wurden rasch der vollständigen Heilung zugeführt, wenn man aufser einer peinlichen Reinlichkeit noch die Salicylsalbe anwendete. Grofsen Nutzen bringt diese Salbe bei der Behandlung von wenig sezernierenden, wenig schmerzhaften oder torpiden Geschwüren, wo sie oft besser wirkt als die andern empfohlenen Mittel. Verf. führt mehrere Fälle von Ulcus molle an, mit spärlicher Exsudation, nicht schmerzhaft, nicht entzündet, bei welchen die Jodoformbehandlung zu keinem Resultat geführt, während die Salicylsalbe als sehr wirksam sich erwies.

Vaccination und Syphilis, von Dr. Signorini. (*Lo Sperimentale.* März 1888.) In einem Orte bei Florenz trat eine heftige Blatternepidemie auf und der Gemeindearzt nahm die Vaccination und Revaccination vor. Mehrere vaccinierte Kinder bekamen Syphilis. Es stellte sich heraus, dafs das Subjekt (ein kleines Mädchen), welchem die Lymphe entnommen wurde, luetisch war. Dafs nur einige und nicht sämtliche vaccinierte Individuen syphilitisch wurden, läfst sich dadurch erklären, dafs der Arzt auf den nur noch wenig Lymphe enthaltenden Pusteln mit der Impfnadel hin und her strich, wodurch notwendigerweise eine Mischung des Virus mit etwas Blut erfolgen mufste. Später wurde in Erfahrung gebracht, dafs als Eltern jenes Mädchens fremde Personen sich dem Arzte vorgestellt hatten, und man hatte genügende Anhaltspunkte, um anzunehmen, dafs die wahren Eltern an Syphilis erkrankt waren.

Trotz dieser traurigen Thatsachen erklärt sich Verf. als Anhänger der humanisierten Vaccination, indem es durch Beobachtung gewisser Vorsichtsmafsregeln leichter sei, Infektionen zu vermeiden, als durch die animale Vaccination, welche schon oft septische Entzündungen bewirkt hat. [Die vom Verf. gegen die animale Vaccination vorgebrachten Bedenken sind nicht stichhältig, denn wenn in einer Stadt eine Impfanstalt unter

Leitung eines gewissenhaften Arztes und unter strenger Beaufsichtigung der kompetenten Behörden besteht, wird man sicher sein einen guten Impfstoff zu erhalten, der in dem Geimpften keine septischen Prozesse hervorrufen wird. — Ref.]

Über die infektiöse idiopathische Purpura haemorrhagica, von Dr. Petrone. (*Rivista Clinica.* Oktober 1887.) Aus den Beobachtungen Petrones ergibt sich, dafs die febrile idiopathische Purpura infektiöser Natur ist. Das Virus besteht in kleinen, runden, beweglichen und nach der Weigertschen Methode sehr gut färbbaren Kokken, die im Blute sich finden. Das Blut der Erkrankten, auf Kaninchen und Meerschweinchen überimpft, ruft bei diesen diffuse subkutane Hämorrhagien hervor, sowie Ecchymosen in den Hirn- und Rückenmarkshäuten, in der Pleura, im Peritoneum, in den Lungen, den Nieren und in der Leber; die Versuchstiere sterben wenige Tage nach der Inokulation. In der Milzpulpa, im Blute und im Knochenmark findet man Kokken, die mit den oben angegebenen ganz identisch sind. Die Kulturen aus dem Blute der Patienten oder dem Blute der inokulierten Tiere erzeugen bis zur fünften Generation dieselben Alterationen. Nach der 5. Generation sind die Kulturen nicht immer wirksam.

Die essentielle, hämorrhagische, nicht febrile Purpura würde nach Verf. nicht infektiös sein, das Blut zeigt bei der mikroskopischen Untersuchung keinerlei Parasiten; die Inokulation ergibt ein negatives Resultat, und es gelang nicht, Kulturen zu erhalten.

Hyperhidrosis des Handrückens und des unteren Endes des linken Vorderarms, von Dr. Alpago Novello. (*Rivista Veneta di scienze med.* Juli 1887.) Verf. beschreibt einen Fall von Hypersekretion der Schweifsdrüsen, die beschränkt war auf die Dorsalfläche der linken Hand. Das interessante dieses Falles besteht darin, dafs diese Anomalie sofort nach der Geburt sich zeigte und bei der geringsten körperlichen Anstrengung, insbesondere aber bei Temperaturwechsel (Übergang von einer niedrigen zu einer höheren Temperatur) auftritt. Am intensivesten zeigt sich diese Erscheinung in den Monaten Februar, März und April, verschwindet gänzlich während der Sommerszeit und kehrt im Winter wieder. Wenn die Hyperhidrosis auftritt, so kann sie nicht einmal unterdrückt werden durch Eintauchen der Hand in kaltes Wasser. Die linke, also die affizierte Hand ist viel schwächer als die rechte und ermüdet auch früher.

Die Tastempfindlichkeit normal, Schmerzempfindlichkeit erhöht, die thermische Sensibilität beträchtlich gesteigert. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Haut wurde nichts Abnormes gefunden. Patient wies jede Behandlung zurück. Verf. glaubt diese Hyperhidrosis durch eine nervöse Reflexthätigkeit erklären zu müssen.

Therapeutische Anwendungen der elektrischen Kataphorese, von DDr. Boccolari und Manzieri. (*Archivio italiano di clinica Medica.*

1888. No. 1.) Die Verff. haben durch die Kataphorese den Sublimat bei Favus angewendet. In einem Falle war der Erfolg ein sehr rascher und anhaltender. An dem positiven Pole wurde die sogenannte Diffusionselektrode angebracht, an dem negativen Pole eine breite kupferne Platte. Die Intensität des Stromes betrug 5 bis 6 M. A.; jede Sitzung dauerte 15—20 Minuten.

Wien. Del Torre.

Aus der Praxis.

No. 39. Können Sie mir eine Methode zur **Behandlung resp. Prophylaxe des Wundreitens** angeben?

Dr. P. in C.

Beim Wundgehen und Wundreiten hat man zwei Dinge scharf auseinanderzuhalten: die mechanische Läsion der Hornschicht durch starken Druck und andauernde Zerrung einerseits und das intertriginöse Ekzem der Hautfalten anderseits. Letzteres allein sehen wir im Sommer bei Touristen in den Inguinalfalten, den Achselhöhlen. Es handelt sich hier gewöhnlich um die akute Steigerung eines längst bestehenden, latent entzündlichen Prozesses parasitärer Natur, welcher durch übermäfsige Absonderung fettigen Schweifses verursacht wird. Das gröfste Kontingent zu diesen zu „Wolff" disponierten Individuen stellen die Seborrhoiker. In der That erwiesen sich fast alle mir in den letzten Jahren eingegangenen Affektionen derart, durch ihren gelblichen Ton, scharfe Umgrenzung, fein erodierten Rand als seborrhoische Ekzeme (s. *Monatshefte*. 1887. pag. 827).

An andern Körperstellen, wie die Crena ani, den Falten zwischen den Fufszehen, den Cruro-skrotal-Falten bei länger herabhängendem Skrotum, kombiniert sich dieses intertriginöse Ekzem mit der oben erwähnten Keratolyse.

Diese letztere Abschiebung der Hornschicht allein finden wir besonders an zwei Stellen eingeprägt, nämlich an den Ballen der Fufssohle und den beim Reiten hauptsächlich betroffenen Stellen des Sitzes. Da diese Affektion in den Lehrbüchern nirgends Erwähnung findet, mufs ich auf diese etwas näher eingehen. Es ist den Arbeitern in Horn (Drechslern) wohlbekannt, dafs durch grofsen Druck, besonders unter Zuhilfenahme von Wärme, alle Hornsubstanz sich zu homogenen Massen zusammenpressen lassen; in diesen ist jede zellige Struktur verschwunden. Eine Wärme, welche weit unter der Verkohlungstemperatur des Hornes liegt, verwandelt alle Hornsubstanzen in eine weiche, plastische, nahezu flüssige Masse, welche nach ihrem Erkalten jede beliebige ihr gegebene Form behält. Man mufs sich diese Eigenschaften aller Hornsubstanzen vor Augen halten, wenn man die durch Hitze oder Druck entstehenden Blasen und Schwielen richtig verstehen will. Es

gibt einzelne Individuen, deren Fußsohlenhaut auf jeden stärkeren Druck mit akuter Blasenabhebung reagiert, als wäre die Haut mit einem heißen Eisen betupft (s. GOLDSCHEIDER, diese *Monatshefte*. Bd. 1. pag. 163). Daß die Blasenbildung nach Verbrennung ersten Grades nicht durch Epitheldegeneration (Verbrennung zweiten Grades), sondern durch plötzliche Erweichung der mittleren und oberen Hornschicht und akuter seröser Abhebung von der basalen Hornschicht besteht, ist nicht allgemein bekannt. Der andauernde Druck allein bildet aus der mittleren und oberen Hornschicht, wie die Wärme, eine homogene Masse, welche dadurch der basalen Hornschicht ähnlich wird. Es existieren dann also gleichsam zwei basale Hornschichten übereinander, eine künstlich hervorgerufene tote, und eine natürlich-homogene, lebendige. Wenn statt des einfachen Druckes ein fortgesetztes Hin- und Herschieben dieser oberen homogenen Hornlage unter Druck stattfindet, hebt sich dieselbe auf weite Strecken kontinuierlich zusammenhängend von der basalen Hornschicht ab, wird an einzelnen Punkten förmlich zu Wülsten zusammengeschoben, an andern Stellen reißt sie ein unter Bloßlegung der basalen Hornschicht, in noch andern Fällen hebt sie sich zu großen, einkämmerigen, mit klarem Serum gefüllten Blasen ab.

Wenn wir die Bloßlegung der Cutis mit Exkoriation, die der Stachelschicht mit Erosion, die Bloßlegung der tieferen Hornschichten mit Exfoliation in sachgemäßer Form bezeichnen, so gehören sowohl die trockenen Abschiebungen der Hornschicht, wie die blasigen Abhebungen derselben, soweit sie durch reibenden Druck und durch nicht zu hohe Wärme erzeugt werden, zu den Exfoliationen, und die betreffenden Blasenerhebungen zu den Exfoliationsblasen. Diese letzteren entstehen fast nur dort, wo die oberen Hornschichten bereits normaler Weise besonders dick sind.

Klinisch stellt sich das ätiologische Moment der mechanischen Keratolyse, wo es allein in Frage kommt, unter dem Bilde schmerzhafter, feuchter, roter, aber noch mit basaler Hornschicht bedeckter Hautflächen dar, welche zum Teil von zu Borken vertrocknetem, serösem Exsudat, zum Teil mit Blasen bedeckt sind.

Wo diese Keratolyse zusammentrifft mit einem wahren, intertriginösen Ekzem der Hautfalten (Crena ani und Cruroskrotalfalte), überwiegen die Schmerzen jener über die Juckempfindungen dieser; beide unterstützen sich gegenseitig, so daß trockene intertriginöse Ekzeme sich sofort in nässende verwandeln.

Therapie: Bestehende intertriginöse Erytheme und Ekzeme bedürfen, ehe sie der mechanischen Reizung des Marsches, des Reitens, des Ruderns ausgesetzt werden, zweckentsprechender Behandlung, z. B. vermittelst einer Zinkschwefel-, Zinkichthyol-, Zinkresorcinpaste. Die fernere Prophylaxe dieser Hautregionen wird am einfachsten durch Waschen und Einschäumen mit der überfetteten Ichthyolseife erreicht.

Diese letzteren Maßnahmen sind zugleich das beste Vorbeugungsmittel gegen die besprochenen Veränderungen der Hornschicht durch mechanische

Ursachen, indem dadurch die Hornschicht widerstandsfähiger wird. Denselben Erfolg kann man durch Anwendung sämtlicher schwach reduzierender Mittel erreichen.

Zum Beispiel könnte man vor einem besonders anstrengenden Ritte die gefährdeten Hautpartien einige Tage vorher mit einer schwach prozentuierten Resorcin- oder Ichthyolsalbe behandeln.

Kurz gesagt stehen also die schwach reduzierenden Mittel im Mittelpunkte der Behandlung.

Verschiedenes.

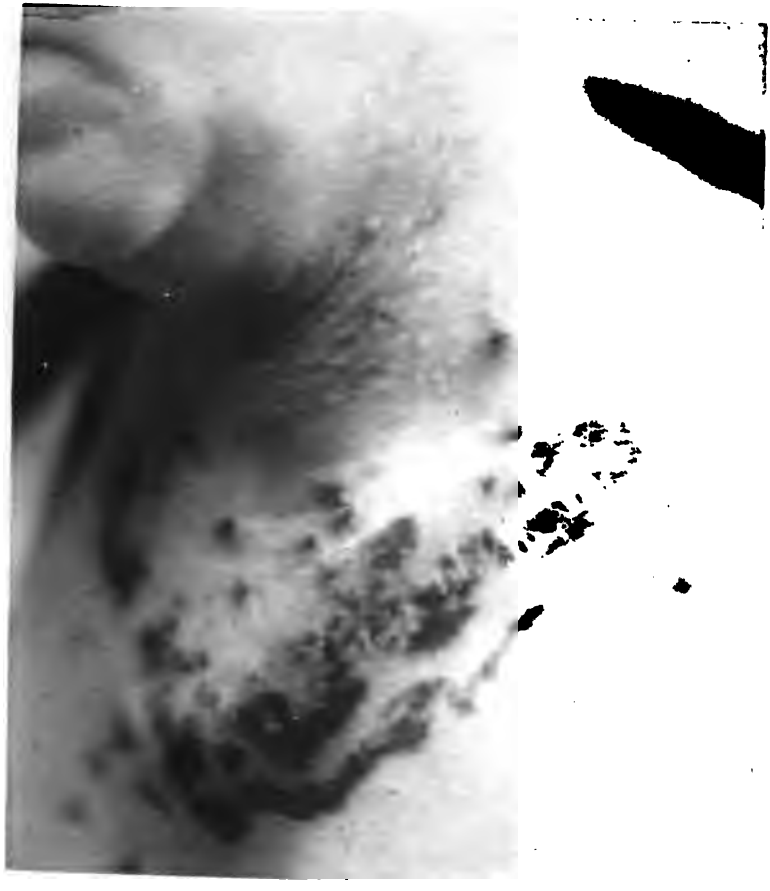
Dr. Hansen (Bergen) spricht in einer Zuschrift an Dr. Hewitt (Minnesota) seine Überzeugung dahin aus, dafs die **Lepra**, obwohl eine durch Kontagion übertragbare Krankheit, wahrscheinlich nur durch Inokulation oder innigen Kontakt verbreitet wird. In Norwegen hat die Erfahrung gelehrt, dafs in dem Zusammenleben mit Leprakranken keine Gefahr besteht, wenn man nicht mit denselben beisammen schläft, oder deren Löffel, Messer, Gabel benutzt. H. glaubt nicht an die Heredität der Lepra. Im Februar war er nach Nord-Amerika gereist, um nach 52 leprösen Norwegern zu forschen, die dahin ausgewandert waren, und erfuhr, dafs unter den Hunderten oder Tausenden von deren Nachkommen die Lepra durchaus nicht vorherrschend ist. Aus einem Bericht des Dr. Gronoald in Minnesota geht hervor, dafs seit 1876 von den daselbst lebenden Leprakranken 11 gestorben und nur noch 4 mit dieser Krankheit behaftete am Leben sind. (*The Lancet;* nach *Deutsche Medizinalztg.* No. 80. 1888.)

Berichtigung.

In dem Referate über Prof. Wolffs Vortrag auf der 61. Naturforscher-Versammlung: **Über das Epidermidophyton** Langs (*Monatsh. f. pr. Derm.* pag. 995) mufs es heifsen: Behandelt man gröfsere Massen von Schuppen (in denen der Nachweis des Epidermidophyton gelingt) mit Kalilauge und fügt man dann Wasser hinzu, so schäumt die abfilternde Flüssigkeit beim Schütteln, und der Nachweis des Epidermidophyton gelingt in den Zellen des Filterrückstand nicht mehr. Ferner:

Man kann unter dem Mikroskope die Bilder des Epidermidophyton künstlich und ohne Epidermis zu stande bringen, indem man Olivenöl oder Lanolin und Kalilauge auf einen Objektträger bringt und die Mischung beobachtet. Man sieht alsbald die charakteristischen Sporen, Hyphen-Formen sich entwickeln und nach längerer Einwirkung die eigentümlichen Massen, wie wir sie bei dem Keratohyalin zu sehen gewohnt sind.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg und Leipzig.
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.



UNNA, EKZEMA SEBORRHOICUM und SYPHILIS.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 22. 15. November 1888.

Aus Dr. Unnas Laboratorium für Dermatologie.

Beiträge zur Anatomie des Penis.

Nebst klinischen Bemerkungen.

Von

Dr. E. von Düring.

Mit einer Tafel und einer Abbildung im Text.

Die nachfolgenden Untersuchungen sind nicht in der Reihenfolge gemacht, wie sie publiziert werden, sondern sie enthalten zum Teil Fragen, die sich im Laufe der Beschäftigung mit der normalen Anatomie des Penis ergaben.

Was den ersten Teil angeht, so stellte sich in der Diskussion mit Herrn Dr. Unna heraus, dafs seine Ansicht über die Entwickelung des Präputialsackes mit der in den Lehrbüchern geläufigen nicht übereinstimmte. Ich untersuchte deshalb diesen Punkt an Embryonen und kann die Ergebnisse meiner Untersuchungen im wesentlichen mit der von Unna aufgestellten Ansicht identifizieren. Es gelang uns nicht, in der Litteratur aufzufinden, ob diese Ansicht schon anderweitig ausgesprochen ist; die Mitteilung geschieht also, ohne fremder Priorität zu nahe treten zu wollen.

Die im 2. Teile gegebenen Befunde bieten, wie mir eine nachträgliche Umschau in der Litteratur zeigte, im wesentlichen nichts Neues. Hier handelt es sich mehr darum, die noch in allen Lehrbüchern als „Tysonsche Drüsen“ figurierenden Gebilde auf ihre wahre Bedeutung zurückzuführen, eine entsprechende Nomenklatur für dieselben aufzustellen und auf ihre klinische Bedeutung hinzuweisen. —

I. Die Entwickelung des Präputialsackes.

Untersuchungen darüber, wie sich das Präputium und damit der Präputialsack bildet, habe ich nicht finden können. Aus der weiter unten noch zu citierenden Arbeit von Schweigger-Seidel und der von ihm angeführten Arbeit von Bokai geht hervor, dafs diese Forscher sich die Entwickelung so denken, wie sie von Hertwig auch in der neuesten Auflage seiner Entwickelungsgeschichte dargestellt wird.

Köllikers Ansicht über diesen Punkt läfst sich aus dem, was er an dieser Stelle (pag. 1000) in der Entwickelungsgeschichte sagt, nicht erkennen.

Hertwig sagt pag. 314: „Durch ein aufserordentlich starkes Längenwachstum gestaltet sich der Geschlechtshöcker zum männlichen Gliede oder dem Penis um, welcher der Clitoris des Weibes entspricht. Wie diese besitzt er eine vordere, knopfartige Anschwellung, die Eichel, welche von einer Hautfalte, dem Präputium umfafst wird.“ H. denkt sich — und so auch Schweigger-Seidel und Bokai, die von der nachträglichen Verwachsung des inneren Blattes des Präputiums sprechen, welche S.-S. schon im 5. Monat beobachtet hat — die Entwickelung des Präputiums also so, dafs eine Hautfalte sich in Duplikatur auf die vorgebildete Eichel ausstülpt. Unna betonte mit Recht, dafs dafür in der Entwickelungsgeschichte kaum ein Analogon zu finden sei, dafs er sich vielmehr die Bildung des Präputialsackes so vorstelle und an Präparaten gesehen habe, wie die Bildung des Konjunktivalsackes — nämlich durch eine nachträgliche glockenartige Einstülpung eines Epithelzapfens.

Die Untersuchungen, die ich an 4, 5 und 6monatlichen Embryonen anstellte, ergaben, dafs schon am 4monatlichen Embryo sich in Längsschnitten durch den Genitalhöcker in dem oberen Ende des Penis deutlich eine doppelte Epithelleiste nachweisen läfst — eine äufsere, die der äufseren Haut, und eine parallel derselben sich hinziehende innere, die dem inneren Blatte des Präputiums und der Oberfläche der Glans penis entspricht.

Die Zeichnung auf der Tafel VIII ist nach dem Längsschnitt durch einen 6monatlichen Embryo gemacht. Wir sehen auf demselben, wie sich die Urethra (U) an ihrer Mündung (b) frei

in den Präputialsack (a) eröffnet. Wir haben uns die Entwickelung demnach so zu denken, dafs sich vom äufseren Keimblatt glockenartig ein Epithelzapfen von dem Punkte her einstülpt, der später der Öffnung des Präputiums und der Öffnung der Urethra entspricht. Ob hierbei mehr der solide Epithelzapfen beteiligt ist, der sich nach dem Zusammentreten der zwei Ränder der Furche an der unteren Seite des Genitalhöckers bildet, und aus dem später durch zentrale Verhornung und durch den Ausfall der Hornschicht das Lumen, d. h. die Harnröhre gebildet wird, oder ob die Einstülpung lediglich von der äufseren Haut des Penis erfolgt, diese Frage habe ich nach den mir vorliegenden Präparaten nicht vollständig zu entscheiden vermocht. So viel ist aber durch diese Untersuchung festgestellt, dafs 1. von einer den Genitalhöcker umgebenden Hautfalte, die sich zum Präputium auswächst, nicht die Rede sein kann, und dafs 2. infolge dessen die Annahme einer nachträglichen Verwachsung der Oberfläche der Glans mit dem inneren Blatte des Präputiums ganz unnötig ist, sondern dafs vielmehr der Präputialsack sich aus einer präformierten Epithelleiste so bildet, dafs zunächst im Zentrum dieser Leiste Verhornung und darauf durch Ausfall der Hornschicht ein Lumen, i. e. der spätere Präputialsack, entsteht.

Sehr interessant ist die an der dem Frenulum zugekehrten Seite des inneren Präputialblattes zu beobachtende Fältelung der gesamten Epidermis. Dieselbe ist nötig, da ja das Präputium länger sein mufs, als die Glans, die Fähigkeit bieten mufs, sich bei der Erektion strecken zu können. In den durch die Fältelung gebildeten Nischen liegen Epidermoidalkugeln, die von früheren Forschern als Ausgüsse von Drüsenausführungsgängen angesprochen sind. An der Peripherie dieser Epithelkugeln haftet, durch die in der Umgebung vorspringenden Epithelleisten, das innere Blatt des Präputiums inniger an der Oberfläche der Glans und bedingt dadurch die Verklebung — die sogenannte „Verwachsung", die demnach als mangelhafte Lösung zu bezeichnen wäre. Meine bisherigen Erfahrungen über Lösung dieser „Verwachsungen" gehen dahin, dafs wir bei den meisten Fällen diese Lösung unblutig, mit stumpfen Instrumenten er-

reichen können. Dann ist natürlich nur der Ausfall der beiden Seiten verbindenden mittleren Hornschicht unterblieben; in andern Fällen scheint eine echte bindegewebige Verwachsung beider Präputialblätter zu bestehen. In diesen Fällen handelt es sich natürlich nicht um eine nachträgliche Verwachsung, d. h. Durchbrechung der sich gegenüberliegenden Epithelblätter, sondern wir müssen annehmen, dafs die ursprüngliche, glockenförmig in die Tiefe wachsende Epithelleiste an einzelnen Stellen Unterbrechungen der Kontinuität erlitten und dadurch Bindegewebsinseln umwachsen hat, welche nachher als bindegewebige Verwachsung des Präputiums mit der Glans bestehen bleiben.

Die Falten geben aber auch eine Erklärung für einen Teil der Gebilde, die wir im nächsten Abschnitt besprechen wollen, die unter dem Namen der Tysonschen Drüsen figurieren.

II. Die epithelialen Einstülpungen an der Glans und am inneren Blatte des Präputiums und die sogenannten Tysonschen Drüsen.

Diese Gebilde haben ihre Geschichte. Wir finden eine ausführliche Übersicht in Henles Eingeweidelehre; da dieselbe alles Wissenswerte enthält, wollen wir dieselbe der Abgeschiedenheit des Handbuches entreifsen und in extenso hier wiedergeben.

Es heifst dort pag. 418 ff.:

„Die Geschichte dieser (Talg-) Drüsen, die unter dem Namen der Vorhautdrüsen, Glandulae s. Cryptae praeputiales s. odoriferae s. Tysonianae s. Littrii) in den Handbüchern aufgeführt werden, ist reich an Kontroversen und Irrtümern. Zuerst gab das sogenannte Smegma praeputii den Anstofs, nach Drüsen zu fahnden, welchen die Funktion, diese Materie abzusondern, zugeschrieben werden könne und auch noch in neueren Werken (z. B. in Arnold, *Handb. d. Anat.* Bd. II. Abt. I. pag. 247) findet sich die Angabe, dafs das anfangs flüssige Sekret der Präputialdrüsen alsbald erhärte und zu Blättchen eintrockne. Das Smegma präputii aber ist kein Drüsensekret, sondern nur die von Fett durchfeuchtete, abgeschilferte Epidermis der Glans und der inneren Platte des Präputiums. Auf der Jagd nach

diesen Smegma bereitenden Drüsen begegneten den Beobachtern zuerst die über die Hautoberfläche vorragenden, in der Leiche durch ihre weifse Farbe ausgezeichneten Papillenreihen der Corona glandis und des Präputiums. Ob bereits TYSON sich dieser Verwechselung schuldig gemacht hat, ist nach der flüchtigen Mitteilung, welche COWPER (*Myotomia reformata.* Lond. 1694. pag. 228) von TYSONS Beobachtungen gibt, und nach der unvollkommenen Abbildung nicht zu entscheiden. TYSONS Drüsen nehmen die innere Platte des Präputiums ein, und ebenso schildert DUVERNEY (*Oeuvres anatomiques.* Paris 1706. pag. 72) neben den Papillen der Corona glandis Haufen traubiger Drüsen von der inneren Platte des Präputiums. Er nennt, wie TYSON, eine Anzahl von Säugetieren, bei welchen diese Drüsen deutlich zu sehen seien[1], ohne ausdrücklich zu erwähnen, ob er sie auch beim Menschen gesehen oder nur nach Analogie vorausgesetzt habe. Dagegen mufs LITTRÉS Beschreibung (*Histoire de l'Académie des sciences.* Année 1700. pag. 307) auf die Papillen der Corona glandis bezogen werden, trotz seiner Angabe, dafs jeder der cylindrischen, $^1/_2$''' langen, reihenweis um die Corona glandis gestellten und auf diese Stelle beschränkten Körper an seiner Spitze eine Öffnung trage, aus welcher sich eine dicke, weifse, fadenziehende Materie hervordrücken lasse. Die Öffnung ist offenbar nur eine Vertiefung zwischen den sekundären Papillen,

---

[1] Ich will gleich hier einfügen, dafs verschiedene Forscher von den TYSONschen Drüsen bei Tieren sprechen. Dem widersprechen aber die neueren Untersuchungen durchaus. Nach EICHBAUM (*Vergleichende Anatomie der Haussäugetiere* von ELLENBERGER, pag. 304 u. ff.) hat die Glans überhaupt keine Drüsen; bei mehreren Tierspezies, z. B. beim Rinde, finden sich gegen die Spitze der Glans hin die Papillen immer höher und erreichen eine Höhe von 0,2 bis 0,3 mm. Bei einzelnen Tieren, so namentlich beim Schafe und Schwein, finden sich aufserdem an der Basis der in solchen Fällen stark verbreiterten Papillen Lymphfollikel vor. —

Am Orificium praeputii, sowie in der in unmittelbarer Nähe desselben gelegenen Abteilung des inneren Blattes zeigen sich die Drüsen bei einzelnen Tieren; namentlich bei solchen, bei denen an der Eingangsöffnung sich stark ausgebildete Haare vorfinden, nach Zahl und namentlich nach Gröfse ungemein stark entwickelt; in seinem weiteren Verlauf nach hinten dagegen erscheint die innere Lamelle des parietalen Blattes bei sämtlichen Haustieren, mit Ausnahme des Pferdes (bei denen sich in der vorderen gröfseren Abteilung ungemein stark entwickelte acinöse und tubulöse Drüsen finden), vollständig.

die weifse Masse die im Tode gelöste Epidermis. Dasselbe gilt von der doppelten Drüsenreihe an der Corona glandis, welche DESNONES (D. et GUGLIELMINI, *Lettres sur différentes nouvelles découvertes.* Rome 1706. pag. 72) beschreibt. LITTRÉ mufs bereits persönlich Einwürfe gegen seine Entdeckung erfahren haben, denn er verteidigte sie gegen andre, die in den Drüsen nur Papillen sehen wollten. Indessen traten auch MORGAGNI (*Adversaria anat.* Venet. 1762. pag. 7) und HALLER (*Elementa physiolog.* Laus. 1778. VII. 488) auf LITTRÉs Seite, und obgleich HALLER die Mündungen auf den Spitzen der LITTRÉschen Drüsen und den ausdrückbaren Inhalt derselben nicht bestätigen konnte, und MORGAGNI beides geradezu in Abrede stellt, so nimmt der letztere doch Anstand, jene Drüsen geradezu für Papillen zu erklären, und HALLER meint, es könnte beides, Drüsen und Papillen, nebeneinander bestehen."

„Auf Grund dieser Autoritäten setzten sich die LITTRÉschen oder TYSONschen, den Hals der Glans umgebenden Präputialdrüsen in den Handbüchern fest, und auch BURKHART (*Froriep's Neue Notizen.* VI. 118), der wirkliche Drüsen gesehen zu haben scheint, von welchen er sagt, dafs sie sich in 3—4 Lacinien teilen, weist ihnen ihre Stelle lediglich am Hals der Glans an. Es galt nun einesteils, die falschen Präputialdrüsen LITTRÉs zu entlarven, andernteils die wirklichen Präputialdrüsen, deren konstantester Sitz das Präputium ist, wieder aufzufinden. Den ersten Teil dieser Arbeit begann VALENTIN (*R. Wagners Handwörterbuch.* I. 789), indem er aus mikroskopischen Durchschnitten der sogenannten LITTRÉschen Drüsen erschlofs, dafs sie keine gewöhnlichen Talgdrüsen seien und weiterer Aufklärung bedürften. Er gab dadurch die Anregung zu den Untersuchungen G. SIMONS (*Müll. Arch.* 1844. pag. 1), aus welchen die LITTRÉschen Drüsen (LITTRÉsche Tuberkeln nach JARJAVAY) als zusammengesetzte Nervenpapillen hervorgingen. Auch erkannte bereits SIMON wirklich sackförmige, über die Glans, vorzugsweise an der Corona ausgebreitete, aber unbeständige drüsige Körper mit weifsem fettigem Inhalt. Die mit diesen Drüsen wesentlich identischen, aber beständigen traubenförmigen Drüsen der inneren Platte des Präputiums lehrte gleichzeitig C. KRAUSE (*R. Wagners Hand-*

wörterbuch. II. 127) kennen; seine Angaben wurden bestätigt von ARNOLD (a. a. O.), KÖLLIKER (*Mikr. Anatomie.* I. 184) und HYRTL (*Österr. Ztschr. für prakt. Heilkunde.* 1859. No. 49)." —

Dieselbe Ansicht, dafs es sich hier um Talgdrüsen handelt, finden wir auch heute noch aus dem vorerwähnten Autor, aus KÖLLIKERS Gewebelehre übernommen in sämtlichen Lehr- und Handbüchern der Anatomie — obwohl schon verschiedene Autoren dafür eingetreten sind, dafs es sich hier um inkonstante Gebilde handle, die mit Drüsen nichts zu thun haben. So gelang es SCHWEIGGER-SEIDEL[6] nicht, diese Drüsen aufzufinden. Er sagt: „Aus diesen Versuchen erschien sich zunächst für die Eichel ein vollständiger Mangel an drüsigen Gebilden zu ergeben . . . . . merkwürdigerweise besafs jedoch gerade der von mir zuletzt untersuchte Penis an der Spitze seiner Eichel mehrere einfache mit Talg gefüllte Drüsenbälge. . . ."

„Ebenso verhält es sich der Hauptsache nach mit den Vorhautdrüsen, nur dafs hier der Nachweis leichter zu führen ist wegen der allgemein anerkannten gröfseren Beständigkeit derselben." SCHWEIGGER-SEIDEL läfst die Epitheleinsenkungen am inneren Blatte des Präputiums also noch als Drüsen gelten. —

In Übereinstimmung mit FINGER und BERGONZINI wies VALENTI[7] darauf hin, dafs „jene an der Glans und der inneren Präputialfläche als Drüsen und an dem Sulcus coronarius unter dem Namen der TYSONschen Drüsen bekannten histologischen Formen nichts andres als Einstülpungen des Epithels sind."

Wir schliefsen uns dieser Ansicht rückhaltlos an. Es gibt keine Drüsen des Präputialsackes, und das Smegma besteht lediglich aus abgestofsenen Epithelien. Ein Beweis dafür, dafs an der Glans wenigstens sicher keine Drüsen vorhanden sind, ist, dafs da, wo der Präputialsack fehlt, i. e. bei den Zirkumzidierten, Smegma überhaupt nicht zu beobachten ist.

Nach dem, was wir im ersten Teile dieser Mitteilung über die Entwickelung des Präputialsackes sagten, ist es aber auch

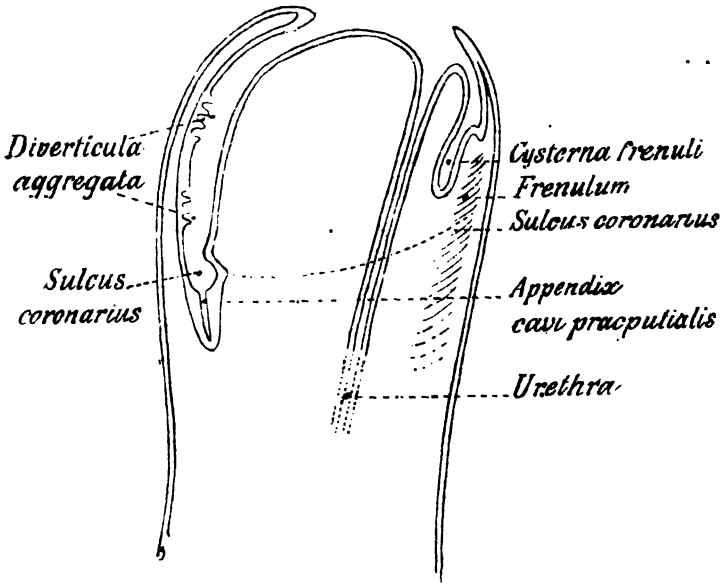
---

[6] *V. A.* Bd. 37. pag. 225.

[7] s. Bericht des XII. Kongresses der italienischen Ärzte zu Pavia. 1887. ref. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1888. No. 2. pag. 84 f.

ausgeschlossen, dafs wir hier Drüsen finden können. Wir müfsten sonst eine zweite Reihe epithelialer Einstülpungen finden, wie sie z. B. da zu sehen sind, wo sich am Lidrande die späteren MEIBOHMschen Drüsen bilden.

An dem in der Zeichnung gegebenen Durchschnitt des Penis und dem in Holzschnitt vorliegenden schematischen Längsschnitt lassen sich dreierlei verschiedene epitheliale Einstülpungen im Präputialsacke unterscheiden.



1. Finden wir zu beiden Seiten des Frenulum fast konstant, schon makroskopisch sichtbar, manchmal sich auf den zwischen Frenulum und Orificium urethrae befindlichen Teil der corona glandis Grübchen, die (meist 1—2 auf jeder Seite) das Aussehen von Drüsenausführungsgängen haben. Diese, schon von HYRTL erwähnten Grübchen haben eine Tiefe bis zu 3 mm und eine Weite, dafs sie das Einführen einer feinen Sonde gestatten. Auf

dem Durchschnitt durch den Penis eines 6jährigen Knaben sehen wir zwei solcher Grübchen bei *a* und *b*. Sie haben einen schräg in den Präputialsack mündenden Ausführungsgang, durch den sich ohne jede drüsenartige Veränderung das Epithel des Sackes bis zum Fundus gleichmäfsig in das Grübchen einstülpt; ihr Inhalt ist lediglich abgestofsenes Epithel. Wir wollen dieselben mit dem Namen der Cysternen des Frenulum und der angrenzenden Partien der Glans bezeichnen.

2. An der Innenfläche des Präputiums sehen wir schon mit bloſsem Auge Gruppen senfkorngroſser, gelblicher, zu etwa linsengroſsen Haufen gruppierter Gebilde, welche beim Ausspannen des Präputiums hügelig über die glatte Fläche des inneren Blattes vorspringen. Ihre Anzahl ist ebenso wechselnd, wie ihr Sitz, doch finde ich sie meistens in einer mittleren Region des inneren Blattes in der Nähe der Frenulum-Anheftung. Sie scheinen bei einzelnen Individuen gänzlich zu fehlen, bei andern sehr reichlich vorhanden zu sein und werden von ängstlichen Patienten gelegentlich andrer Genitalaffektionen oft für abnorme Bildungen genommen.

Mikroskopisch sehen wir, daſs es sich lediglich um Epitheleinstülpungen handelt; das Epithel senkt sich ohne jede drüsenartige Veränderung in diese Gebilde hinein; ihr Inhalt besteht ebenfalls nur aus abgestofsenen Epithelien. Sie entsprechen den im ersten Abschnitt erwähnten, lediglich zur Oberflächenvermehrung angelegten Fältelungen des inneren Präputialblattes. Diese Gebilde haben noch am ersten Ähnlichkeit mit Drüsen; ich muſs aber der Ansicht Schweigger-Seidels beistimmen, der fragt, ob nicht Kölliker und Luschka durch die Behandlung der Präparate vielleicht zu täuschenden Bildern gelangt sein könnten. Diese Gebilde wollen wir mit dem Namen „Gruppierte Divertikel des Präputiums“ bezeichnen.

3. Von ganz andrer Herkunft sind nun drittens die von einigen Forschern ganz speziell als „Glandulae Tysonii“ bezeichneten, im Sulcus coronarius zu findenden Gebilde.

Wie wir gesehen haben, bildet sich an der Stelle, wo sich inneres Präputialblatt und Oberfläche der Glans entwickeln, zu-

nächst eine solide, glockenförmig eindringende Epithelleiste; diese erhält später durch zentrale Verhornung und Ausfall der Hornschicht ein Lumen, den Präputialsack; an der Stelle nun, wo die Endkante dieser Leiste sich befindet, geschieht dieser Ausfall nicht immer in einer geraden Linie, sondern hin und wieder unregelmäfsig — ungefähr wie bei einer Düte die Verklebung nicht in einer absolut geraden Linie stattzufinden braucht. Dadurch bilden sich in beiden Fällen Nischen, welche sich beim Penis als Anhängsel des grofsen Präputialsackes präsentieren.

Dafs das Verhältnis de facto so ist, beweist die mikroskopische Untersuchung. Denn auf allen Längsschnitten stellen sich diese Nischen als im Niveau der Epithelleiste liegend dar; und je mehr wir auf Querschnitten durch den Penis in die Tiefe dringen, mehrt sich die epitheliale Endigung und Verschliefsung des Präputialsackes, so dafs wir zuletzt nur einige wenige, eben jenen Nischen entsprechende Lücken sehen. Zuletzt finden wir rund herum um das Zentrum des Penis eine konzentrisch zu der äufseren Haut gelegene solide Epithelschicht, den bleibenden Rest der embryonalen Epithelanlage.

Fassen wir also noch einmal zusammen:

Die gesamte Epithelleiste, welche der Bildung des Präputialsackes örtlich und zeitlich voraufgeht, endet also dicht hinter der Eichel in einer geraden Linie, dagegen geschieht der Ausfall der Hornschicht unregelmäfsig, und die Stellen des tieferen Ausfalls stellen nachher jene Nischen dar, die wir als ziemlich bedeutungslose Fortsetzung des grofsen Präputialsackes auffassen müssen. Diese Gebilde wollen wir als „Appendices des grofsen Präputialsackes“ bezeichnen.

Nun noch einige Worte über die klinische Bedeutung dieser Gebilde. Es fällt uns sofort auf, dafs alle diese Gebilde an Prädilektionsstellen der Schanker liegen; sie geben natürliche Receptacula für Infektionskeime ab. — Zu beiden Seiten des Frenulum sehen wir so häufig die Schanker, die mit Durchlöcherung resp. Zerstörung des Frenulum einhergehen; wir verstehen diesen Verlauf, wenn wir bedenken, dafs hier die Cysternen liegen, die nur durch den schmalen Strang des Bindegewebes des Frenulum getrennt sind.

Von besonderem Interesse sind aber die gruppierten Divertikel des inneren Präputialblattes in klinischer Beziehung. Hier finden wir so häufig die Schanker, bei denen eine Entscheidung, ob es sich um Ulcus durum oder Ulcus molle handelt, so schwer wird. Die Erklärung dafür liegt darin, dafs wenn wir uns eine gröfsere Gruppe dieser Divertikel infiziert denken, die reaktive Entzündung der Umgebung eine Infiltration bedingt, die unter Umständen einen harten Schanker vortäuschen kann; anderseits bringen aber gerade diese Schanker so unangenehme Enttäuschungen dadurch, dafs sie zunächst oberflächlich überhäuten; in der Tiefe der gruppierten Divertikel geht der Prozefs aber fort, es verschmelzen mehrere Divertikel miteinander, und plötzlich sehen wir an der Stelle eines kleinen, schon als geheilt bezeichneten Schankers einen neuen bedeutend gröfseren entstehen. Unna wies bei Gelegenheit seiner Arbeit über Herpes präputialis der Frauen auf die eigentümliche Formation der hier vorkommenden Schanker und auf deren Bedeutung für die Differentialdiagnose von Herpes präputialis hin.

Dafs die im Sulcus coronarius gelegenen Appendices an der Stelle sich befinden, an der wir mit Vorliebe Schanker sich entwickeln sehen, darauf brauchen wir wohl nicht besonders hinzuweisen.

Der Hauptzweck des zweiten Teiles dieser Mitteilung ist der, endlich einmal die Bezeichnung „Tysonsche Drüsen“ aus den Hand- und Lehrbüchern verschwinden zu sehen. Denn man weifs weder genau, was dieser heute nahezu mythische Autor gesehen hat, noch entsprechen die später auf ihn zugeschnittenen Beschreibungen irgend einem der wirklich vorkommenden Gebilde genau und ausschliefslich.

An Stelle dieser Bezeichnung dürften die von uns vorgeschlagenen Ausdrücke, also:

1. für die am Sulcus coronarius vorkommenden Gebilde: **Anhängsel, Appendices des Präputialsacks (Appendices cavi präputialis)**

2. für die am inneren Blatte des Präputiums: **Gruppierte Divertikel (Diverticula aggregata)**, und

3. für die nur zu beiden Seiten des Frenulum vorkommend besonders langen und schmalen Einstülpungen Cysternae frenuli
zu setzen sein.

Hamburg, 28. Oktober 1888.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VIII.

Fig. I. Längsschnitt durch den Penis eines 5—6monatlichen Embryo.
a a a. Präputialsack.
b. Mündung der Urethra (U).
c c c. Präputium.
d d. Glans.
e. Fältelungen, die zum Teil die gruppierten Divertikel abgeben.

Fig. II. (Halber) Durchschnitt durch die Glans (und Frenulum) und Präputium eines 6jährigen Knaben.
a. Cysterne, mit der Öffnung in den Präputialsack.
b. Cysterne ohne die seitliche Öffnung.
c. Frenulum.
d. Appendix, aus einem tiefer gelegenen Schnitte schematisch an dieser Stelle eingefügt.
e. Gruppierte Divertikel.

Kasuistische Mitteilungen aus Dr. Unnas Poliklinik für Hautkrankheiten.

Von

Dr. E. von Düring,
prakt. Arzt und Arzt der Poliklinik.

I. Ein Fall von Impftuberkulose.

Im dritten Jahrgange des Baumgartenschen Jahresberichtes geht B. die neueren Fälle von Impftuberkulose durch und gibt in den beigefügten Anmerkungen seine Kritik. Und man mufs B. recht geben, wenn er darauf hinweist, dafs z. B. in dem

Fig. 1.

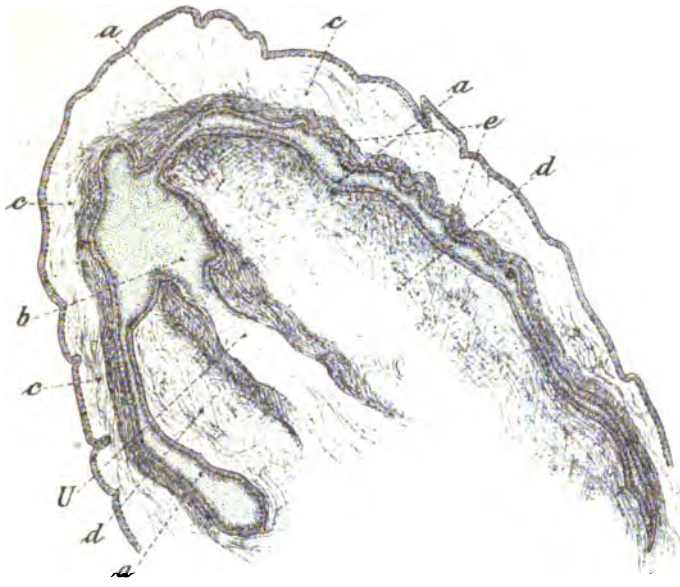
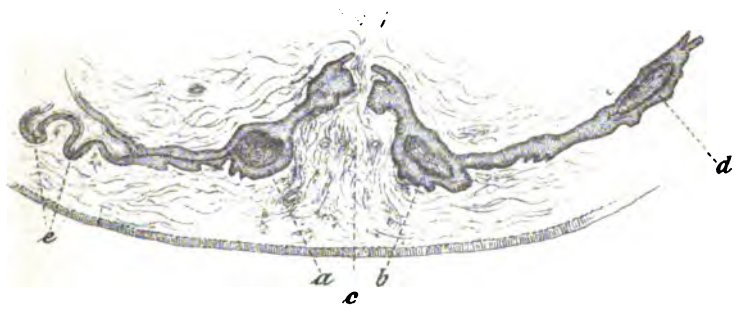


Fig. 2.



von Düring, Beiträge zur Anatomie des Penis.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (u. Leipzig).

einen Falle von LESER[1], den meisten von EISELSBERG[2], L. PFEIFFER[3], DEMME[4] teils eine Infektion der Wunde von innen her, resp. eine Einwanderung aus den Fistelgängen in die Haut (Lupus), nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, andernteils die Erklärung PFEIFFERS deshalb gezwungen erscheine, weil ja seinem Falle so unendlich viele Fälle von Verletzungen gegenüberstehen, die sich z. B. pathologische Anatomen an tuberkulösen Leichen zugezogen haben, ohne mehr als höchstens einen Leichentuberkel davon zu tragen.

Wenn also ein Fall wirklich als Beweis für Impftuberkulose gelten soll, so mufs er erst einigen Postulaten unbedingt entsprechen. Man mufs zunächst möglichst ausschliefsen können, dafs der Pat. nicht schon vorher irgendwo in seinem Körper eine Tuberkulosequelle hatte, dafs ferner beim Trauma wirklich eine Überimpfung von Bacillen hat stattfinden können, und dafs nun von der Impfstelle aus sich Tuberkulose entwickelt.

B. stellt den Fall von v. MEYER[5] gerade als lehrreich dafür hin, wie wichtig die Forderung ist, dafs jede Tuberkulosequelle im Körper ausgeschlossen sei, wenn man von Impftuberkulose sprechen will. Bei einem hereditär belasteten Knaben war es nach einem Trauma zu entzündlicher Schwellung der Zehe und zu Vereiterung der Inguinaldrüsen gekommen. Später entwickelten sich neben der Exstirpationswunde der letzteren einige Knötchen, die sich makroskopisch und mikroskopisch als Lupus erwiesen. Aber — die Untersuchung der exstirpierten Drüsen hatte schon früher Tuberkelbacillen in denselben ergeben.

B. sagt in der Anmerkung zu diesem Falle:

„Es erscheint von lehrreichem Interesse angesichts der jetzt

---

[1] LESER, Klinischer Beitrag zur Lehre von der tuberkulösen Infektion. *Fortschr. d. Med.* 1887. No. 16.

[2] v. EISELSBERG, Beiträge zur Impftuberkulose beim Menschen. *Wien. med. Wochenschr.* 1887. No. 53.

[3] PFEIFFER, L., Ein neuer Fall von Übertragung der Tuberkulose des Rindes auf den Menschen. *Zeitschr. f. Hygiene.* Bd. III. 1887. pag. 189.

[4] DEMME, R., Tuberkulöse Infektion. 23. *Bericht des Jennerschen Kinderspitals.* Bern 1886.

[5] v. MEYER, E., Über die Beziehung der Tuberkulose zur Onychia. *V. A.* Bd. CVIII. pag. 382.

unsers erachtens zu sehr vorherrschenden Neigung, die nach Trauma der äufseren Weichteile an den Verletzungsstellen sich entwickelnden Tuberkulosen als Impftuberkulosen aufzufassen."

Ich glaube, dafs in dem von mir beobachteten Falle alle Forderungen erfüllt sind, die man an einen Fall von Impftuberkulose stellen kann.

Else Z..., 14 J. alt, stammt aus einer Familie, in der Phthise oder tuberkulöse Erkrankungen nicht vorgekommen sind, soweit sich ermitteln läfst; ein Bruder hat nach einer akuten Infektionskrankheit eine Mittelohreiterung zurückbehalten, die aber jetzt geheilt ist. Der Vater ist anscheinend luetisch aus dem Feldzuge zurückgekehrt; eine ältere Schwester und die übrigen jüngeren Geschwister sind aber gesund; die Mutter weist Spuren überstandener Lues auf, ist aber aufserordentlich robust und kräftig; der Vater starb an einer akuten Infektionskrankheit.

Vor 1½ Jahren starb eine Freundin der Else Z..., an der sie sehr hing, an „Schwindsucht." Sehr bald nach dem Tode entfernte sie die Orringe derselben aus den Ohrläppchen und befestigte sie bei sich. Die Mutter behauptet, auf mein Befragen, die Verstorbene habe keine Wunde am Ohre gehabt; das Kind selbst dagegen sagt, dafs ihre Freundin häufiger am „Ohre geblutet und geeitert" habe. Die Pat. selbst pflegte keine Ohrringe zu tragen, obwohl die Löcher dazu vorgebohrt waren. Sehr bald wurden ihre Ohrläppchen durch das Tragen der Ohrringe wund und obwohl die Öffnungen stark sezernierten, trug sie doch die Ohrringe ruhig weiter; trug sie auch noch, als sie anfangs dieses Jahres in meine Behandlung kam. Die Mutter konsultierte mich, weil das Geschwür garnicht heilen wolle, nun auch schon am Halse sich ein Geschwür zeige und ihre Tochter seit einigen Wochen so elend würde und hustete. —

Der Status, den ich damals fand, war folgender: Ein blasses, etwas abgemagertes Mädchen, von gutem Körperbau und für ihr Alter gut entwickelt. Das linke Ohrläppchen zeigte sich mit einem von der Durchbohrungsstelle ausgehenden Geschwür bedeckt, das nicht sehr tief, mit unterminierten Rändern und von schlechtem Aussehen war; an der linken Halsseite sah man eine mit der Haut verwachsene, nicht sehr grofse, derbe Drüse, über der die

Haut ulceriert, mit einem schmutzigen Schorf bedeckt war, nach dessen Entfernung sich ziemlich reichlich dünnflüssiges Sekret entleerte; die Ränder des Geschwüres waren unregelmäfsig buchtig.

Die Untersuchung der Lungen ergab eine Dämpfung der linken Spitze, die vorne schon bis unterhalb der Clavicula reichte, dabei aber auskultatorisch nur spärliche Rasselgeräusche.

Eine Untersuchung der mit dem scharfen Läffel entfernten Granulationen und des Sputums ergab die Anwesenheit von Tuberkelbacillen. —

Die lokalen Prozesse am Ohrläppchen und am Hals besserten sich nach Kauterisationen und Behandlung mit ZnO-Ichthyolsalbenmullen vorübergehend; das Geschwür am Halse überhäutete sich, das Ohrläppchen wurde nach unten gespalten und verheilte dann auch; im Juni schickte ich das Kind, mit einem weit weniger günstigen Status — beide Spitzen, die linke Lunge ganz infiltriert, hier bronchiales Atmen, abends stets erhöhte Temperaturen — noch an die See, es kam aber wegen Heimwehes schon nach wenigen Tagen zurück.

Nun ging es rasch bergab. Die Pat. ist heute noch in meiner Behandlung, aber im letzten Stadium der Phthise, mit profusen Nachtschweifsen, Diarrhöen, abendlichen Temperatursteigerungen bis 40°; links sowohl wie rechts hat der Prozefs auf den Lungen rapide Schritte gemacht.

So dürfte es denn wohl kaum fraglich sein, dafs wir es hier mit einer direkten Überimpfung von Tuberkelbacillen zu thun haben. —

II. Ein Fall von „Lupus miliaris" oder sogenanntem „Aknelupus."

In den nachfolgenden Zeilen will ich versuchen, die Beschreibung einer Hautaffektion zu geben, die durch ihre Seltenheit und ihre täuschende Ähnlichkeit mit Akne verdient, eingehender mitgeteilt zu werden. Fälle, die dem unsrigen zu entsprechen scheinen, habe ich nur im Crocker (H. Radcliff Crocker, *Diseases of the Skin.* London. H. R. Lewis. 1888. pag. 578) citiert gefunden. Der in der vorletzten Nummer dieses Blattes referierte

Fall von G. H. Fox (New York) dürfte kaum hierher zu rechnen sein, dafs es sich, wie ELLIOT richtig bemerkt, um Akne varioloiformis handelt. — Bei dem Interesse, das der Fall bietet, will ich den betreffenden Passus aus CROCKER hier einfügen.

„Als eine Varietät der Akne gehören hierher (sc. in das Kap. über Akne) meiner Ansicht nach die von TILBURY FOX (*Lancet.* July 13. 1878) beschrieben und als „Disseminated Follicular Lupus" bezeichneten Fälle. Sie bieten grofse Ähnlichkeit mit Akne."

„In allen drei Fällen, zwei Männer und eine Frau, fand sich die Erkrankung bei jüngeren Leuten, war auf das Gesicht und gerade die gewöhnlich von Akne befallenen Partien beschränkt; die Papeln waren von Stecknadelkopf- bis zu Erbsengröfse, konisch und gerötet; einige hatten ein gelbes Zentrum, so dafs es aussah, als seien sie vereitert, es gelang aber niemals Eiter oder irgend etwas andres als Blut herauszudrücken. Bei dem jungen Mann, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, waren die Papeln diskret und gleichmäfsig tiefrot; sie blieben unverändert so, wie sie von Anfang an zu beobachten waren. In den beiden andern Fällen konfluierten zwei bis drei Papeln und boten ein Aussehen dar, das TILBURY FOX zu der Bezeichnung „Lupusartiges Gewebe" Anlafs gab, mit winzigen Schüppchen darauf. Niemals aber trat Ulceration, oder irgend welche Umwandlung auf, aufser dafs einmal in den ersterwähnten beiden Fällen eine Papel verschwand und an ihrer Stelle eine Grube hinterliefs."

„In zwei Fällen liefs sich in den Familien hereditäre Belastung nachweisen, wodurch vielleicht FOX' Ansicht einige Berechtigung erhält. Mikroskopisch liefsen sich aber nur zellige Infiltration und Bindegewebsneubildung nachweisen, besonders in und um die Talgdrüsen; ich würde deshalb lieber die Bezeichnung „Adenoïd-Akne" vorschlagen und von der Bezeichnung Lupus ganz Abstand nehmen."

„Therapeutisch erwies sich nur die völlige Zerstörung mit „Acid nitrate of mercury" als wirksam." —

Unser Fall entspricht dem von C. erwähnten bei einem jungen Mann.

Frau L., Mitte der Zwanziger, bemerkte Anfang Mai, dafs auf beiden Wangen und am Kinn sich Unreinigkeiten im Teint zeigten, deretwegen sie sich in unsre Behandlung begab.

Es zeigten sich, unter Freilassung der Mitte des Gesichts, zu beiden Seiten von den Schläfen über die Wangen zum Kinn herunterziehend, diskrete, stecknadelkopfgrofse, tiefrote, leicht erhabene Knötchen, die aber nirgends zur Eiterung tendierten.

Da zugleich eine Pityriasis capitis und leichte Seborrhöe der Nasalfalten und um den Mund bestand, wurde die Diagnose auf Akne, kombiniert mit Ekzema seborrhoicum gestellt und eine dementsprechende Therapie eingeleitet; und zwar wurde für das Gesicht eine Zinkpaste mit Resorcin und Sulphur praecipit. verordnet. Während nun aber die Pityriasis capitis und das Ekzema seborrhoicum des Gesichts sich bald besserten, blieben die Papeln durchaus unverändert, nahmen aber an Zahl zu, so dafs sie allmählich sich mehr auf die Prädilektionsstellen der Akne ausbreiteten; auch fiel uns auf, dafs die Röte nicht ein einfaches Tiefrot war, sondern einen Stich ins braunrötliche bekam und eine so charakteristische, honigartige Transparenz zeigte, dafs an der Diagnose Lupus kein Zweifel mehr bestehen konnte.

Die nun zunächst eingeleitete Therapie: Brookesche Salbe (Acid. salicyl. 20,0, Kreosot 40,0, Ungt. simpl. 40,0) ergab zwar eine Besserung, indem eine Anzahl der Knötchen zerstört wurde, im ganzen war aber die Wirkung eine zu langsame. Wir griffen deshalb zu dem stärksten antilupösen Pflaster, das wir besitzen (auf den Meter Pflastermasse 40 g Acid. salicyl. und 40 g Kreosot). Nach drei- bis viermaliger Applikation fielen schon sämtliche Knötchen aus; die Abheilung vollzog sich dann rasch unter ZnO-Ichthyolsalbenmull, der nachts aufgelegt wurde; bei Tag legte Pat. eine Zinkpaste mit Resorcin auf. Unter dieser Behandlung flachten sich ab und blafsten ab die an Stelle der ausgefallenen Knötchen entstandenen ziemlich tiefen, roten Narben. Einige später an der Haargrenze oberhalb des rechten Ohres noch aufgetretene Knötchen wurden kürzere Zeit mit dem Salicylkreosotpflaster behandelt und dann galvanokaustich vollständig zerstört.

Zu mikroskopischen Zwecken ein Stück zu entfernen war in

diesem Falle nicht möglich, so dafs ich diesbezügliche Angaben Crockers nicht kontrollieren konnte.

Uns erscheint aber die Erkrankung durchaus in das Gebiet des Lupus zu gehören. Vielleicht sind derartige Fälle häufiger, werden aber im Anfang als einfache Akne übersehen und erst später, wenn der Lupus ausgebreiteter ist, wird die Diagnose gestellt, ohne dafs man sich des eigentlichen Beginnes erinnert.

Die bis jetzt diagnostizierten Fälle können über den schliefslichen Ausgang der Erkrankung keine genaue Auskunft geben, denn sie wurden als schwerere Erkrankungen diagnostiziert und sehr energisch behandelt.

Da wir der Ansicht sind, dafs für das Verständnis die Bezeichnung seltener Affektionen durch Kombinierung der Namen bekannter nur verwirrend und deshalb möglichst zu vermeiden ist, verwerfen wir die Bezeichnung „Aknelupus“ und schlagen den Namen „Lupus miliaris vor.

Die Fortschritte der Hautanatomie in den letzten 5 Jahren.

Von

P. G. Unna.

III.

Das Haar.

(Fortsetzung.)

Im Anschlusse an Stiedas Aufsatz mufs ich der Vollständigkeit halber einen Passus von Stöhr erwähnen (Beiträge zur mikroskopischen Anatomie des menschlichen Körpers. *Würzburger Verhandlungen.* Bd. 20. pag. 4), betitelt: Über die Glashaut des menschlichen Haarbalges. Zur gröfsten Überraschung der Dermatologen entdeckt Stöhr hier die

seit 12 Jahren genugsam bekannte und abgebildete Verdickung der Glashaut im unteren drittel des Haarbalges noch einmal. Er gibt 2 Abbildungen dazu von der Kopfhaut und vermutet „in dieser Verdickung die Quelle elastischer Kräfte", nicht ahnend, dafs zum Teil auf die Verschiedenheit der Ausbildung der Glashaut im mittleren und unteren drittel vor langer Zeit bereits eine Haarwechseltheorie mit basiert wurde. Ich kann mich daher wohl begnügen, STÖHR auf die Figg. 8, 9, 14 u. 17 meiner ersten Abhandlung (*Arch f. mikr. Anat.* Bd. 12) und pag. 46, 47, 48, 50 u. 58, auf Fig. 9 und pag. 60 meiner Hautanatomie (ZIEMSSEN. Bd. 14) zu verweisen. Er wird dort nicht nur die von ihm gezeichnete Verdickung, sondern sogar eine Faltenwerfung durch übermäfsige Verdickung der Membran (Kopfhaare) und eine glasige Verquellung der anliegenden Epithelien (Vibrissen) finden.

Mit mehr Freude und Gewinn wenden wir uns zu einer Arbeit von MERTSCHING: Beiträge zur Histologie des Haares und Haarbalges (*Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 31. pag. 32) aus dem KUPFFERschen Laboratorium. MERTSCHING knüpft an den wundesten Punkt aller bisherigen Darstellungen der Haarhistologie an, an die Herkunft und Matrix des Haarmarkes. Er hat durchaus recht, mir in bezug auf meine Darstellung in *Ziemssens Handbuch* vorzuwerfen, dafs ich im allgemeinen alle die Haarpapille bekleidenden Zellen als Cylinderzellen charakterisierte und doch als Matrix des Haarmarks kubische Zellen finde und abbilde.

Offenbar scheiterten die meisten Untersucher an der Schwierigkeit, die Achse des Haares gerade in ganzer Länge in einem feinen Schnitte zu erhalten. MERTSCHING hat, indem er Schrägschnitte parallel der Haarachse ausführte, wohl zum erstenmal von menschlichen Haaren rein axiale Schnitte hergestellt, die fein genug waren, um die Zellenlagen einzeln zu verfolgen. Diese Schnitte zeigten nun (Fig. 1 vom Kopfhaar) eine fadenförmige Verlängerung der Papille, welche in dem unteren Teil des Markkanals zentral hineinstrahlt, und schöne Cylinderzellen als Begrenzung der Papillenspitze. Von Tierhaaren ist es ja bekannt, dafs die Papillen sich häufig eine weite Strecke in den Markkanal hinein verlängern, was v. NATHUSIUS zur Annahme

verleitete, dafs das Mark überhaupt nur eine Verlängerung der Papille, also bindegewebig wäre. MERTSCHING erklärt die horizontale Lage der Markzellen einfach daraus, dafs sie auf dem axialen Faden eben senkrecht stehen. Die eigentümliche Lagerung der Markzellen wäre allerdings durch diesen Befund befriedigend erklärt.

Sollten sich diese MERTSCHINGschen Befunde für alle Papillenhaare bestätigen, so wäre damit ein wesentlicher Fortschritt in der Erkenntnis des Haarwachstums gewonnen.[1] Ich darf aber nicht unterlassen, darauf aufmerksam zu machen, dafs ja, wie die Entwickelungsgeschichte lehrt, jedenfalls ein Stadium existiert, in welchem eine knopfförmig gestaltete Papille den Epithelfortsatz einstülpt, welcher dann erst ein Haar in sich ausbildet. Die haarförmige Verlängerung der Papille kann also doch weiter nichts als ein mittleres, vielleicht das Höhestadium der Haarentwickelung charakterisieren. Und ebenso atrophiert ja im Haarwechsel die Papille jedenfalls wieder von ihrer Spitze aus, wie denn zu allererst die Neubildung von Markzellen aufhört. Eine solche Gestaltveränderung der Papille von der Knopfform zur Kegelform und zurück zur Knopfform ist sehr wohl möglich und in der That von STIEDA zuerst aufgestellt worden; mir war es allerdings bisher am Menschen nicht möglich, derartige konstante, für den rascheren Haarwechsel der Tiere beschriebene Gestaltveränderungen aufzufinden. Aber nach der Methode von MERTSCHING wäre ein solcher Nachweis jetzt vielleicht auch für den Menschen möglich und mufs sogar versucht werden, um für den Befund von MERTSCHING ein Verständnis zu gewinnen.

Ebenso wie die entwickelungsgeschichtliche Deckung fehlt der neuen Darstellung der Matrix des Haarmarks auch die Erörterung der Beziehungen zwischen den cylindrischen Keimzellen MERTSCHINGS und den keratohyalinhaltigen kubischen Keimzellen nach WALDEYER und mir. Sind die Keimzellen des Marks wirklich — wie MERTSCHING will — als einfache Fort-

[1] GIOVANNINI zeichnet in der gleichzeitig erschienenen, oben besprochenen Arbeit die Zellen oberhalb der Papillenspitze auch nicht deutlich cylindrisch; kennt auch übrigens den Achsenfaden von MERTSCHING noch nicht.

setzung der Keimzellen der allgemeinen Stachelschicht der Oberfläche aufzufassen, dann ist es auffallend, dafs dieselben bereits in ihrer untersten Lage Keratohyalin enthalten.

Diese Bemerkungen sollen den grofsen Wert der von MERTSCHING gefundenen Thatsache über die Papillenspitze und die Lagerung der Keimzellen des Marks nicht herabsetzen; sie sollen nur zeigen, dafs sofort eine Menge neuer Fragen und Schwierigkeiten sich erheben.

Weniger befriedigend, ja zum Teil grofse Mängel der Kritik offenbarend, ist die von MERTSCHING weiterhin aufgestellte Theorie der verschiedenen am Haar und seinen Hüllen sich beteiligenden Zellschichten. MERTSCHING will nichts Geringeres als uns in die Zeiten von HENLE und BISIADECKI zurückversetzen, wo die HENLEsche Schicht als Hornschicht des Haarbalgepithels galt. Während jene Autoren nur schüchtern den Vergleich zwischen Haarhüllen und allgemeinem Oberflächenepithel streiften, führt MERTSCHING denselben in kühnster und zugleich einfachster Weise bis zu Ende: die Keimzellen der Haarbalgstachelschicht schlagen sich zentral in die Markzellen, die Stachelschicht selbst, auf eine Lage reduziert, in die Rindenzellen um, aus der HENLEschen Schicht wird nach dem Umschlag die Haarcuticula und aus der HUXLEYschen die Wurzelscheidencuticula. So sind alle Haarschichten hübsch aufgeteilt und dem erstaunten Leser bleibt nur noch übrig sich zu wundern, dafs dieses Ei des COLUMBUS nicht früher gefunden wurde.

Ja, einfach genug wäre diese Darstellung schon, wenn sie nur wahr wäre. So wie ich sehe, sind drei Gründe für diese Theorie mafsgebend gewesen, einer a priori und zwei a posteriori. A priori macht MERTSCHING geltend, dafs meine Darstellung der Haarmatrices, wonach Mark, Rinde, Oberhäutchen und Wurzelscheide je getrennte Matrixkreise auf der Papille besitzen, das Haar als ein „höchst eigenartiges Gebilde erscheinen läfst, das sich mit einer Papille, z. B. einer Papilla filiformis, garnicht vergleichen liefse." Dieser „vertikalen" Schichtung am Grunde des Haarbalges substituiert er die horizontale, etwa einer Papilla filiformis, bei der die Papille keine weitere Umänderung in dem Oberflächenepithel hervorbringt als eine gleichförmige Einstülpung.

Hiergegen habe ich nur wieder zu bemerken, dafs das „Eigenartige" der vertikalen Schichtung doch erst im Leben des Einzelhaares beginnt, wenn aus der Masse indifferenter Stachelzellen über der Papille der primitive Haarkegel (Haar und Wurzelscheide) sich bildet. Vorher stimmt ja die allgemeine Auffassung vollkommen mit der von MERTSCHING überein, nämlich wenn der Epithelkolben von der Haarpapille eingestülpt zu werden beginnt. Folglich ist überhaupt kein prinzipieller Unterschied vorhanden, und die Frage lautet richtiger: tritt mit der Bildung des Haarkegels die vertikale Schichtung an die Stelle der früheren horizontalen, wie man bisher annahm — oder nicht, wie MERTSCHING glaubt? Ist die Frage aber so, entwickelungsgeschichtlich richtiger, formuliert, so verliert die Entscheidung für eine Umlagerung der Schichten auch ihr Befremdendes, da es sich hier um die Einwirkung der sich einstülpenden Papille auf eine eingeschlossene, energisch vorwachsende Epithelmasse, bei der Papilla filiformis um diejenige auf freiem Oberflächenepithel handelt.

Einen zweiten Grund sehe ich in der Behauptung MERTSCHINGS, dafs er den Übergang obengenannter Lagen ineinander beobachtet habe. An seinen Figuren 1 und 4 sieht man nun auch allerdings diese Lagen schön kontinuierlich ineinander übergehen, weil der Zeichner jede gegen die benachbarte mit einem feinen schwarzen Strich umrahmt hat. Dies drückt die Meinung des Autors wohl ganz gut aus; aber wo finden sich die betreffenden Grenzen in den natürlichen Epithellagen des Präparats? Weshalb sieht sich MERTSCHING gedrungen, anstatt alle Zellenreihen wie Fäden von den Cylinderzellen der Papille abzuleiten, für die Hälfte die zentrifugale Richtung von der Papille her und für die andre die zentripetale von der Balgwand her anzunehmen?

Eine solche Behauptung wäre doch nur so zu begründen, dafs irgend ein histologischer Charakter dieser Zellen sich gleich bliebe und dergestalt, obwohl innen und aufsen, ihre Zusammengehörigkeit erwiese. Ein solcher Grund wäre für die Cylinderzellen der äufseren Balgwand und deren Kontinuum, die die Papille bekleidenden Cylinderzellen in ihrer Gestalt allerdings

vorhanden, und da die Entwickelungsgeschichte ebenfalls einen gleichartigen Ursprung dieser äufsersten Zellenreihe lehrt, läfst sich gegen die Annahme einer einheitlichen äufsersten Epithelschale des Haargrundes nicht viel einwenden. Nun soll aber eine zweithöhere Zellenreihe der äufseren Balgwand sich in die dicke Masse der Rindensubstanz des Haares, MERTSCHINGS zweite Zellenschale, umschlagen. Dieser Hauptkörper des Haares, diese rasch wachsende Zellenmasse soll nun der Cylinderzellenschicht bar sein, in welcher, wie wir durch FLEMMING, REINKE und GIOVANNINI auch für das Haar wissen, die meisten Mitosen sich finden! Weiter kommt das Hauptkriterium der Rindenzellen in der Tiefe des Balges pigmentierter Haare, nämlich die Pigmentscheiden der Zellen, nicht sowohl den höheren Reihen von Stachelzellen an der äufseren Balgwand zu, welche nach MERTSCHING mit den Rindenzellen ein Kontinuum bilden sollen, sondern gerade denjenigen Cylinderzellen, welche den Körper der Papille — abgesehen von der Spitze — bekleiden, und die wir nach MERTSCHING nicht mehr als Matrix der Rindenzellen, sondern lediglich als Markzellen zu betrachten hätten. Die Kontinuität der höheren Stachelzellenreihen der äufseren Balgwand mit der Haarrinde ist also in Anbetracht ihres Wachstums und Pigmentgehalts geradezu unmöglich.

Nicht besser steht es aber mit der sogenannten Kontinuität der HENLEschen Scheide und des Haaroberhäutchens, MERTSCHINGS drittinnerer Zellenschale. Von der HENLEschen Scheide wissen wir, dafs sie langsam am Haartrichter abbröckelt, von dem Haaroberhäutchen, dafs es ebe nso rasch im Balge aufwärts wächst wie die Haarrinde. Und auch für dieses Wachstum fehlt — was MERTSCHING vollkommen übersieht — die Matrix. Eine einzige Zelle verbindet im Grunde des Haarbalgs die aufstrebenden Zellenreihen; selbst wenn diese Zelle sich unaufhörlich mitotisch teilte, welche Zellenreihe versorgte sie denn mit Nachschub, die HENLEsche Scheide oder das Haaroberhäutchen? Und wenn sie nicht die einzige Mutterzelle ist, sollen dann die sämtlichen Zellen beider Reihen das Teilungsvermögen besitzen und wie hoch hinauf im Balge? Hierzu kommt, dafs, wie ich nachgewiesen, die untersten Zellen der HENLEschen Scheide stark

keratohyalinhaltig sind, und dafs diese Eigenschaft sich auf die anstofsenden Cylinderzellen des Papillenhalses erstreckt, während die untersten Zellen des Haaroberhäutchens keratohyalinfrei sind, ebenfalls wieder wie die angrenzenden Cylinderzellen des Papillenhalses. Also auch hier kommen wir zu ganz verschiedenen Zellenarten in dem kleinen Bezirk des Papillenhalses, wenn wir die künstliche, von MERTSCHING vorgeschriebene Bahn verfolgen, und lassen das natürliche Kriterium des Keratohyalingehaltes im Stiche.

Ganz dieselben unübersteigbaren Hindernisse stehen endlich der Aneinanderschweifsung der HUXLEYschen Schicht mit dem Wurzelscheidenoberhäutchen im Wege. Auch hier fehlt — nach MERTSCHING — für beide trotz ihres Wachstums eine eigne Keimschicht, und auch hier sollen die keratohyalinhaltigen tiefen Zellen der HUXLEYschen Schicht sich umschlagen in die keratohyalinlosen des Wurzelscheidenoberhäutchens, während das natürliche Kontinuum zu den keratohyalinhaltigen Keimzellen am Papillenhalse übersehen wird.

Aber in noch gröfsere Diskrepanzen verwickelt sich MERTSCHING. Ein jeder weifs, dafs die Trennung zwischen dem Haar und seiner Scheide vor sich geht zwischen den Zellenlagen der beiden Oberhäutchen. Und nun sollen der Schalentheorie zuliebe sämtliche Schichten des Haares so eingeknickt sein, dafs die allgemeine mittlere Spalte zwischen Wurzelscheidenoberhäutchen und HUXLEYsche Schicht, d. i. in die Wurzelscheide selbst hineinfällt. Die Einknickung an dieser Stelle — wie sie MERTSCHING annimmt — würde also nicht einmal die natürliche Folge haben, dafs hier sich auch oben im Balge das Haar wieder von seiner Hülle trennt, sondern bei dieser Trennung müfste die innere Hälfte der viertinneren kontinuierlichen Schale mit den äufseren verwachsen, von den 8 Lagen also 3 innen und 5 aufsen bleiben. Welche nutzlosen Schwierigkeiten!

Einen dritten Grad für seine — sit venia verbo — Schalentheorie findet MERTSCHING in dem Färbungsresultat mit dem Indigkarmin-Karmin nach NORRIS und SHAKESPEARE. Hierbei zeigen nämlich HENLEsche Scheide und Haaroberhäutchen eine grüne (bei Sublimathärtung blaue) Farbe, während HUXLEYsche

Scheide und Wurzelscheidenoberhäutchen rosa tingiert werden. Die dritte Schale grün, die vierte rosa, das ist allerdings etwas Wasser auf seiner Mühle. Sehen wir aber genau zu, so setzt sich diese Tinktionsgleichheit nicht etwa durch den Grund des Haarbalgs hindurch fort, sondern tritt erst in der Mitte des Haarbalgs an den bereits beiderseits verhornten Zellen auf. Also ein Kontinuum der Färbung, welches wenigstens in Ermangelung der Kontinuit andrer histologischer Merkmale zu erwarten war, existiert garnicht. Und so reduziert sich diese Färbungsgleichheit auf die sehr einfache Thatsache, dafs in der Mitte des Balges bereits die Henlesche Schicht und das Haaroberhäutchen stärker verhornt sind als die Huxleysche Schicht und das mit ihr verschmelzende Oberhäutchen, wie denn die Indigkarminfarbe an der allgemeinen Oberfläche der basalen Hornschicht, die Karminfarbe der Stachelschicht angehört. Und dieses Vorauseilen der Verhornung hat man von der Henleschen Schicht bereits lange gewufst (Unna), von dem Haaroberhäutchen hat es Mertsching jetzt nachgewiesen.

Principiis obsta — deshalb mufste ich so ausführlich auf die These von Mertsching eingehen, denn sie ist gefährlich, weil sie einschmeichelnd, und einschmeichelnd, weil sie einfach ist. Aber hier am Grunde des Haarbalgs ist die Natur nun einmal nicht so einfach, übrigens auch nur scheinbar, da uns das einfache Gesetz der Haarhüllenbildung eben noch unbekannt ist.

In bezug auf die Haarbalgwand hinwieder verdanken wir Mertsching ein eingehendes Studium und manche neue Angaben über die Glashaut, die ebenso wertvoll sind wie seine Beobachtungen über die Papille. Mertsching läfst die Glashaut die ganze Papille überziehen. Im untern drittel findet er dieselben reifenartigen Verdickungen in das Epithel hinein vorspringen, welche ich zuerst beschrieben.

Das wesentlich Neue in betreff der Glashaut ist aber deren Scheidung in zwei Teile, einen äufseren bindegewebigen und einen inneren epithelialen. Die basalen Epithelien zeigen an ihrer der Glashaut zugekehrten Seite fadenförmige Fortsätze, welche zum Teil Kerne tragen sollen und sich senkrecht zur Zelle umbiegen, um in den inneren Anteil der Glashaut sich

einzusenken. Nach KUPFFER nennt MERTSCHING diese Fortsätze Wurzeln der Epithelzellen und den innern, epithelialen Teil der Glashaut Limitans und erklärt Epithel und Membrana limitans für zusammengehörige Bildungen.

Bei dieser Gelegenheit sei an folgende ältere Angaben erinnert. Ich hatte häufig an Kopfhaaren die Glashaut aus zwei getrennten Schichten bestehend gefunden und bereits die Frage ventiliert, ob die innere Schicht epithelialer Natur sei, dieselbe aber schliefslich verneinend beantwortet (pag. 47 des Separatabdrucks). BONNET (Studien über die Innervation der Haarbälge der Haustiere. *Morphol. Jahrb.* IV. pag. 329) untersuchte dann sehr genau die Glashaut der schwellkörperhaltigen Spürhaare und fand sie aus zwei Lamellen, einer homogenen äufseren und porösen inneren bestehend. Es ist sehr wahrscheinlich, dafs BONNETS poröser innerer Lage ähnliche Bilder, wie MERTSCHING sie erhielt, zu Grunde lagen (pag. 356). Auch STICKER (s. unten) leitet die Glashaut aus Fufsstücken der Cylinderepithelien ab.

Dieser Befund gibt MERTSCHING noch zu einer interessanten Digression auf das Gebiet der Knäueldrüsen Veranlassung. Nach ihm dringen die subepithelialen Muskelfasern, welche RANVIER von den Knäueln beschreibt, umbiegend in das Epithel selbst ein. Auch hier setzen sich also Epithelien in umbiegende Fasern fort; MERTSCHING geht auf eine Diskussion der Bedeutung dieser Fasern nicht ein.

Die „Schalentheorie" hat natürlich auch noch zur Folge, dafs MERTSCHING untersucht, welchen Oberhautschichten denn nun die verhornten, nach seiner Meinung eingestülpten Haarhüllen entsprechen, und er findet, der Färbung von MORRIS und SHAKESPEARE folgend, dafs die blaue Tinktion des stratum lucidum am Haar des Meerschweinchens sich in alle vier Schichten, nämlich HENLESche, HUXLEYsche und beide Oberhäutchen mehr oder minder weit fortsetzt. Das ist ihm natürlich auffallend und er folgert hier sehr richtig, dafs die gleiche Färbung nur auf eine gleiche Stufe der Verhornung schliefsen lasse — derselbe Schlufs, den ich oben seinem Fehlschlusse in betreff der Gleichheit von HENLEscher Schicht und Haaroberhäutchen wegen gleicher Färbung mit Indigkarmin-Karmin ent-

gegensetzte. Trotzdem glaubt sich Mertsching im Anfange seiner Arbeit (pag. 36) berechtigt, Henles Schicht allein in das stratum lucidum, Huxleys Schicht in das stratum corneum übergehen zu lassen. Pag. 49 leitet er noch einmal Henles und Huxleys Schichten beide gemeinsam aus dem strat. lucidum ab. Schon aus dieser Unsicherheit des Gesehenen und des daraus zu Schliefsenden ergibt sich, dafs die ganze Ableitung der Haarhüllen aus den Oberhautschichten der Schalentheorie zuliebe ins Werk gesetzt ist. Wir können uns diesem schwachen Versuche gegenüber mit dem Hinweise begnügen, dafs bereits vor Mertsching Henle, Schöbl, Bisiadecki und Renaut sich vergeblich bemüht haben, einen direkten Übergang der Oberhautschichten in die Haarhüllen zu demonstrieren. Was entwickelungsgeschichtlich unrichtig ist, kann histologisch nicht richtig sein.

Wir haben endlich noch einen kurzen Blick auf die Arbeit von Sticker zu werfen (Über die Entwickelung und den Bau des Wollhaares beim Schafe nebst einem Anhang über das Wollfett. Diss. Berlin 1887), eine Dissertation, aus der wir früher schon gelegentlich einiges hervorhoben, und welche sich unter anderm durch ein ziemlich vollständiges Litteraturverzeichnis der Haarhistologie auszeichnet. Der zum Teil von unserm Gegenstande etwas weit abliegende Stoff verbietet es, auf alle Einzelheiten dieser fleifsigen Arbeit näher einzugehen, und es ist uns das auch recht angenehm, da wir bei sehr vielen Einzelheiten kritisch Halt zu machen hätten. (Unter anderm führt Sticker in die endlich glücklich vereinfachte Terminologie der Haarteile eine Reihe neuer Namen ein zu neuer heilloser Verwirrung.) Führen wir lieber nur unter den vielen guten und klaren Sätzen des Verf. zwei an, welche auch neu und für uns wichtig sind.

Sticker macht darauf aufmerksam, dafs das edle, marklose Wollhaar sich aus wenigen, grofsen Matrixzellen, das straffe, markhaltige aus zahlreichen kleinen Keimzellen entwickele. Es scheint hiernach ein Einfluſs der Zahl der Epithelien auf der Papille auf die Bildung von Marksubstanz zu existieren.

Sodann ist die Theorie von Wert, welche Sticker über die wellige Kräuselung des Wollhaares aufstellt. Nach ihm ist die

Kräuselung nicht Folge einer Drehung des Haarbalgs (v. Nathusius), sondern die Haarwurzeln sind schon spiralig im Haarbalg gedreht. Die regelmäfsige Knickung des Haarbalgs verwandelt den Weg der Haarzellen aus einem gerade nach oben in einen halb nach oben, halb nach der konkaven Seite gerichteten und deshalb spiralig verlaufenden. Bei ihrer Wanderung in der Spirale erleiden nun die Haarzellen an der Knickungsseite und gegenüber abwechselnd einen stärkeren und schwächeren Druck. Hieraus entsteht nach Sticker die wellige Kräuselung des Wollhaars. Auch hier will ich es an dieser Andeutung genügen lassen und nicht genauer auf die formgebenden Druckkräfte eingehen, deren eingehende besonders experimentelle Erforschung noch durchaus Sache der Zukunft ist. Für uns geht jedenfalls soviel hervor, dafs Sticker zur Erklärung einerseits die Knickung der Haarwurzel, anderseits eine spiralige Drehung des Haares herbeizieht.

Die Stickersche Theorie über das Wollfett wird an einer andren Stelle in diesem Blatte eingehend gewürdigt.

Ich kann zum Schlufs nicht unterlassen, noch einmal auf das interessante Buch von Pohl-Pincus: *Das polarisierte Licht als Erkennungsmittel für die Erregungszustände der Nerven der Kopfhaut* (Berlin 1886) hinzuweisen, welches ich bereits vor zwei Jahren in dieser Zeitschrift (1886. pag. 216) referierte und kritisch beleuchtete. Die Veränderungen der ausgekämmten Vollwurzeln im polarisierten Licht bei Reizung der Kopfhaut, welche Pohl-Pincus fand, spricht, denke ich, auch nur zu Gunsten eines organischen Verbandes dieser Haarform mit der Stachelschicht des Haarbalges, ihrem Mutterboden.

Referate.

Baumgarten, **Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen.** Dritter Jahrgang 1887. Braunschweig, Bruhn. 1888.

Es mufs den Autor dieses Jahresberichtes doch sicherlich mit freudiger Genugthuung erfüllen, dafs er an einem Werke arbeitet, von dem jeder Band seitens der gesamten medizinischen Welt mit Spannung erwartet wird, um

nach seinem Erscheinen überall sofort wirklich gelesen zu werden; ein Loos, welches kaum einem andren Autor von Jahresberichten zu teil geworden sein dürfte. Es heifst, das Verdienst von BAUMGARTEN in keiner Weise herabsetzen, wenn man sich klar macht, dafs der Stoff des Werkes allein demselben schon diese Anziehungskraft sichert, dafs die Fülle des zu Erörternden — es sind für das Jahr 1887 nicht weniger als 817 Werke und Abhandlungen — in dem knappen Rahmen eines Jahresberichts jedem Leser, auch wenn er mit dem Gegenstand vertraut ist, ebensoviel Genufs wie Belehrung verspricht. Denn in dieser Fülle liegt auch die Gröfse der Leistung des Verfassers.

Die Art der Behandlung des Stoffes, kurze, alles Wesentliche zusammenfassende Referate, eventuell mit mafsvoll gehaltenen kritischen Anmerkungen und litterarischen Hinweisen versehen, ist dieselbe geblieben wie in den vorigen Jahrgängen und befriedigt in gleicher Weise. Wir wollen einige Punkte hervorheben, welche unsrer Spezialwissenschaft angehören.

BAUMGARTEN wirft angesichts der Untersuchung von CHANTEMESSE über die **Orientbeule** die Frage auf, ob dieselbe nicht lediglich als eine Art Furunkelbildung betrachtet werden müsse. Wir glauben diese Frage aus klinisch-dermatologischen Gründen strikte verneinen zu dürfen. Übrigens stehen bekanntlich demnächst aus Rufsland und Frankreich (Lille) neue Untersuchungen über diesen interessanten, noch so dunklen Gegenstand bevor. Die letzteren sprechen, so viel wir erfahren haben, durchaus für eine Spezifizität der Orientbeule.

Sehr lesenswert ist die Kritik, welche BAUMGARTEN den Arbeiten von LESER, v. EISELSBERG, DEMME und L. PFEIFFER über durch Infektion entstandene **Hauttuberkulose** angedeihen läfst; sie macht zukünftigen Forschern auf diesem Gebiete die gröfste Voricht in den Schlufsfolgerungen zur Pflicht. Ebenso wenig schliefst sich BAUMGARTEN der Ansicht von DOUTRELEPONT an, nach welcher die tuberkulösen Geschwüre der Haut und Schleimhaut durch Inokulation bacillenhaltigen Sputums zu stande kommen. Wir halten auch für die Genese dieser Geschwüre die Art der Inokulation für weniger wichtig als einen gewissen Grad von bereits erfolgter tuberkulöser Kachexie der Gewebe. Dagegen sieht BAUMGARTEN den Fall von Onychia maligna von v. MEYER mit dem Autor als beweisend für die hereditär tuberkulöse Natur dieser Erkrankung an.

Die Arbeiten von KÜHNE und CHASSIOTIS, welche ganz unabhängig vom Ref. ebenfalls die Zellennatur der sogenannten **Leprazellen** bestreiten, haben auf BAUMGARTEN noch nicht überzeugend gewirkt. Die Ironie des Schicksals will es, dafs der unermüdliche Vorkämpfer gegen die Auswüchse der Phagocytentheorie an dieser Stelle der pathologischen Histologie über die banale Verwechselung von Bacillenschleim mit Zellprotoplasma, von Auflagerung mit Einlagerung der Bacillen nicht hinwegkommt, — ein Beweis, dafs viele Wahrheiten nur deshalb schwierig Eingang finden, weil sie zu einfach sind.

Die Leprakulturen von Uffreduzzi werden auch in diesem Berichte mit einem bescheidenen Fragezeichen versehen.

Wir schliefsen unser Referat mit dem unmafsgeblichen Vorschlage an den Autor, welcher wie niemand sonst durch seinen Jahresbericht auch im Ausdrucke Schule machen kann, ob es nicht noch Zeit ist, die Ausdrücke: pathogen, chromogen, fotogen durch die sachlich richtigen: pathofor, chromofor, fotofor zu ersetzen. Es gab ja eine Zeit, in welcher man die Organismen aus den kranken Geweben entstehen liefs, aber wer wüfste es besser als Baumgarten, dafs wir den Kausalnexus längst umgekehrt haben. Weshalb also noch die alte Vorstellung in der modernen Bezeichnung?

Unna.

Über den Zusammenhang von Hauteruptionen und Eiterung, von P. Laumet. *Thèse de Paris.* 1887.

Civiale beschrieb zuerst Hautausschläge im Verlauf von chirurgischen Eingriffen oder Verletzungen. Später beobachtete Germain Sée nach einer Operation einen Ausschlag, der vollkommen der Scarlatina glich; desgleichen Maunder (1863) nach einer Blasenoperation ein Exanthem, das er für Variola hielt. Gelegentlich einer Besprechung in der Pathological Society teilten Graty, Cresp, Harley, Spencer Wells und Sée ähnliche Beobachtungen mit. Im selben Jahr berichtete Harrinson über einen Fall von scharlachartigem Ausschlag nur auf den Armen, nach einer komplizierten Daumenluxation. 1868 brachte eine Arbeit von Verneuil in der *Gazette hebdomadaire* mehrere Beobachtungen verschiedener Ausschläge bei Pyämie; Verneuil erblickt in diesem seltenen Symptom ein Anzeichen dafür, dafs der Tod bald erfolgen werde. Bradwood (1870) beschreibt in seinem Werk über Pyämie verschiedene Ausschläge, die er auf eine eiterige Infektion zurückführt. Auch Tremblay beobachtete skarlatiformen Ausschlag traumatischen Ursprungs, namentlich aber Urticaria-ähnliche Exantheme. In keiner der genannten Arbeiten, mit Ausnahme derjenigen von Verneuil, wird die Natur dieser chirurgischen Exantheme erörtert. Sir James Paget hält den skarlatiformen Ausschlag für einen abnormen Scharlach (1875). Trélat verteidigt im *Progrès médical* (1879) fast dieselbe Ansicht. Aufserdem sind noch verschiedene Thesen über diesen Gegenstand veröffentlicht; desgleichen findet sich in der *France médicale* (1879) eine Notiz von Terrillon über die septikämischen Ausschläge.

Vorliegende Abhandlung gewährt uns eine Vorstellung von den äufserst verschiedenartigen Ausschlägen, die im Verlauf von Eiterungen vorkommen können, und diese Mannigfaltigkeit in Form, Dauer und Symptomatologie ist ihre charakteristischste Eigenschaft. Am häufigsten kommt das Erythem vor und namentlich das Erythema polymorphum, bestehend aus einer ausgedehnten erythematösen Rötung oder aus einzelnen roten

Plaques; ferner Erythema papulosum, E. Iris, E. urticatum. Alle diese Erytheme sind nur von kurzer Dauer.

Andremale beobachtet man skarlatiforme Ausschläge, die häufig mit Scharlach verwechselt wurden; jedoch setzen sie fast immer mit Schüttelfrost ein und erscheinen fern von der Stelle des Trauma; Angina ist selten und nur wenig ausgesprochen; der Ausschlag besteht aus grofsen Flecken, die schnell zusammenfliefsen, mehr oder weniger lebhaft rot gefärbt sind und auf Druck verschwinden. Der Ausschlag verblafst gewöhnlich schon am 2. Tage und ist nach 3—5 Tagen gänzlich verschwunden; Desquamation erfolgt fast niemals. Des weitern kommen noch Urticaria fugax, die nur wenig juckt, Purpura, bisweilen über den ganzen Körper verbreitet, meistens nur auf die Unterextremitäten beschränkt, sowie miliare, mehr oder minder zusammenfliefsende Ausschläge zur Beobachtung.

Häufig auch findet man pustulöse Eruptionen, die sich gewöhnlich bei der purulenten Infektion zeigen sollen und für ein sehr bedenkliches Symptom gelten. Die Prognose ist sehr verschiedenartig: sehr ernst für letztere Fälle sowie für Blasen, die bei der Pyämie gewöhnlich sind; minder bedenklich bei den verschiedenen Arten des Erythems, die bei der Septikämie auftreten.

Diese Ausschläge zeigen allemal eine Blutvergiftung an, entweder durch Eiterkokken oder durch deren Ptomaine.

Über die tertiär-syphilitischen diffusen und disseminierten Myelo-Encephalopathien, von Madame DE HÉRODINOFF. (*Thèse de Paris.* 1887.)

PARACELSUS und ULRICH VON HUTTEN hielten eine grofse Menge von Lähmungen direkt für syphilitische Symptome. MOSSA ging noch viel weiter, indem er auch die Manie als ein direktes Symptom der Lues bezeichnete. THIERRY und HÉRY behaupteten, sie könne Krämpfe, Konvulsionen und Epilepsie hervorrufen; derselben Ansicht ist ASTRUC (?), der auch Schwindel, Muskelzittern und Paralysen hierherbringt; er möchte in übertriebener Weise die Lustseuche für alle möglichen pathologischen Zustände verantwortlich machen. In den entgegengesetzten Irrtum geriet HUNTER, der verschiedenen Eingeweiden, wie Leber, Niere, Herz, Gehirn, die Fähigkeit, luetisch zu erkranken, absprach.

Die syphilitische Paraplegie wurde dann allmählich zur Zeit von RECAMIER und RICORD anerkannt; LAGNEAU hat sie ausführlich beschrieben. LADRAIT DE LACHARRIÈRE schrieb über die Paralysen syphilitischen Ursprungs eine reichhaltige Thèse inaugurale; ein Kapitel darin ist den Veränderungen des Rückenmarks gewidmet. LAMBACO teilte bald darauf in seiner *Thèse de Doctorat* mehrere bestätigende Fälle mit und äufsert sich sehr bestimmt über die spezifische Natur vieler Hirn- und Rückenmarks-

leiden. Lancereaux zeigte dann, wie infolge der Syphilis die Dura mater, bisweilen auch Arachnoidea und Pia mater sich verdicken, wie schliefslich die Gehirnsubstanz selber erkrankt und sklerosiert. Lambaco hatte übrigens schon dieselbe Ansicht geäufsert.

1873 erschien eine bemerkenswerte Arbeit von Charcot und Gombault über einen Fall von Myelitis syphilitica mit disseminierten Herden in den nervösen Zentren. 1876 beobachtete Hoinville einen Fall von Meningomyelitis diffusa und untersuchte ihn histologisch; er findet disseminierte Herde und dafs der Prozefs dem Laufe der Gefäfse folgt, von wo auch die Krankheit ihren Ausgang zu nehmen scheint. Déjerine beobachtete einen Fall von Syphilis in den Vorderhörnern mit entsprechender progressiver Muskelatrophie. 1876 erschien Fourniers Arbeit über Tabes dorsalis syphilitica. — Grasset setzt die Frage sehr schön auseinander, spricht sich aber nicht bestimmt über die Myelitis syphilitica aus.

Nach Verf. mufs man zwischen der lokalisierten Myelitis, wie sie bisweilen bei tertiärer Syphilis vorkommt, und andern diffusen oder disseminierten Myelo-encephalopathien ebenfalls luetischen Ursprungs unterscheiden. Diese Modalität ist klinisch noch wenig gekannt und gibt zu zahlreichen diagnostischen Irrtümern Anlafs. Gesetzt, die Herde sind zerstreut, so müssen zahlreiche und verschiedenartige Symptome zur Beobachtung gelangen. Möglich, dafs in einem gegebenen Augenblicke nur solche Symptome erscheinen, die von einer Encephalitis oder die von einer Myelitis herrühren. In vielen andern Fällen mag umgekehrt nur eine bestimmte Art von Symptomen vorherrschen, wenn z. B. die Krankheit mit Vorliebe irgend ein Gebiet befällt, und dann kann es zur Verwechselung der diffusen Form mit der Systemerkrankung kommen. Wie bei den übrigen Formen der Hirn-Rückenmarks-Syphilis, so spielt auch hier die individuelle Anlage eine grofse Rolle. Die Krankheit beginnt vermutlich mit einer Arteriitis sclerosa, später kommt es zur Herdbildung an mehr oder weniger zahlreichen Stellen, woraus sich die Vielfältigkeit der Symptome erklärt. Die Prognose dieser diffusen Myelo-Encephalopathien ist sehr ernst; sie führen nach einer kürzeren oder längeren Dauer immer zum Tode; häufig sind vorübergehende Besserungen, die dann eine scheinbare Heilung vortäuschen, wie bei Paralysis generalis, mit der diese Krankheit überhaupt viele Ähnlichkeit hat. Neben der sonstigen Behandlung der Gehirn-Rückenmarkserkrankung mufs eine frühzeitige und energische spezifische Behandlung stattfinden, wenn man Erfolg davon haben will, denn ist die Nervensubstanz selber erst ergriffen, so hilft kein Mittel mehr.

Über Scarlatina haemorrhagica, von Dr. L. Meyer. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Haller hatte zuerst von einer Scharlachform gesprochen, die mit starken Hämorrhagien der verschiedenen Schleimhäute einhergeht. Nach

ihm beschrieb Witherny eine Petechien-Eruption. Joseph Franck spricht von einem jungen Mädchen, die mit zahlreichen Ekchymosen wie beim Morbus Werlhofii bedeckt war. In der Arbeit von Noirot über Scharlach findet sich ein Abschnitt mit der Überschrift: Scarlatina nigra; bei dieser Form wird der Ausschlag livide, violett, ohne dafs sich jedoch die Krankheit mit weiteren, selteneren Symptomen verbände. Mondieri hat Fälle gesehen, in denen die meisten Flecke tief rot waren, ohne dafs die Krankheit sonst schlimmer verlief. Moynier, früherer Chef de Clinique der Pariser Fakultät, hat zwischen mechanischen Hämorrhagien und solchen unterschieden, die der eigentlichen hämorrhagischen Form eigen sind. Aufser den Hämorrhagien, die nach ihm während der Zeit des Exanthems vorkommen, führt er noch die Hämaturie an. Guéneau de Mussy teilt in seiner *Clinique médicale* eine Beobachtung von Scharlach mit, wo die Hämorrhagien nur gering waren. Nach Bohn ist die Scarlat. haem. immer der Ausdruck einer epidemischen bösartigen Infektion und hat die gröfste Ähnlichkeit mit der Variola putrida. — Wert äufsert sich dahin, dafs bei der Scarlat. haem. sich entweder auf der Haut Petechien bilden, oder es kommt zu Darmblutungen — ein Beweis der Blutveränderung. Blache und Guersant beschränken sich darauf, diese Form zu erwähnen, sprechen aber nicht von innern Blutungen. Saune unterscheidet in seinem Artikel „Scarlatina" in der *Encyklopädie der Medizinischen Wissenschaften* zwischen der hämorrhagischen Form des Scharlachs und den Blutungen, die im Verlauf der Krankheit auftreten. In dem Sammelwerk von Ziemssen spricht Thomas über die Scarlat. haem. und verwechselt sie mit Blutextravasationen.

Verf. glaubt nach seinen Beobachtungen die im Verlauf des Scharlachs auftretenden Blutungen in 4 Kategorien teilen zu können: 1. Symptomatische, die der eigentlich hämorrhagischen Form zukommen; 2. solche, die bei einem schweren Scharlach auftreten; 3. solche, die nach einer durch den Scharlach gesetzten Störung erscheinen; 4. solche, die rein mechanischer Natur sind und durch Zerreifsung eines Blutgefäfses infolge irgend eines pathologischen Vorganges entstehen, z. B. Ulceration einer Carotis im Verlauf einer skarlatinösen Drüsenschwellung.

Verf. hat sich besonders mit der 2. Gruppe der Hämorrhagien beschäftigt und schildert ausführlich deren Symptomatologie. Ätiologisch macht er namentlich die Schwere des Kontagiums und in zweiter Linie den schlechten Ernährungszustand des Erkrankten verantwortlich. Es ist unbestreitbar, dafs, wenn der Nährboden, auf den die Scharlachkeime geraten, ihrer Entwickelung günstig ist, d. h., wenn der Erkrankte sich in schlechter Ernährung befindet, selbiger dann leichter von einer hämorrhagischen Form befallen wird.

Aus neuen Arbeiten scheint hervorzugehen, dafs die von vornherein hämorrhagische Form mehr durch die Natur des pathogenen Mikroben

bedingt wird, während die schweren, mit Blutungen verknüpften Formen mehr von dem Ernährungszustand des Befallenen abhängen.

Lille. A. Tavernier.

(Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Österreich.

Dr. Ludwig Frey, über **Heilung von Hypertrophia prostatae mit Injektionen von Jodoformäther** auf der Abteilung des Prof. von Mosetig-Moorhof im k. k. Krankenhause zu Wien. Ein 68jähriger Pfründner, der schon mehrere Jahre an Harnbeschwerden gelitten hatte, konnte den Urin nicht mehr entleeren; die Blase war bis zum Nabel ausgedehnt, die Katheterisierung gelang wegen eines Hindernisses in der Prostata nicht, und die Untersuchung per anum ergab eine bedeutende Vergrößerung der letzteren. Es wurde daher der Blasenstich gemacht und darauf die Blase täglich mit 3 %iger Resorcinlösung ausgewaschen und am 7. Tage, um eine Verkleinerung der hypertrophischen Prostata wie in zwei vorausgegangenen glücklichen Fällen zu erzielen, bei vorheriger Dilatation des Mastdarms mit dem von Mosetigschen Mastdarmspiegel eine 10 %ige Jodoformätherlösung mittels einer Pravazschen Spritze durch die Mastdarmschleimhaut nach mehreren Richtungen in das Prostatagewebe injiziert. Schon 3 Tage hernach erfolgte Harnentleerung durch die Urethra, worauf abermals eine Injektion stattfand und einige Tage später die Digitaluntersuchung bereits eine überraschende Verkleinerung des Prostatatumors ergab. Wegen Blutung und Harnverhaltung mußte der unterdessen eingeführte Verweilkatheter herausgenommen und durch die schon verklebte Punktionsöffnung eingeschoben werden; nach 3 Tagen fand jedoch die Entfernung wieder statt, weil sich die normale Harnentleerung eingestellt hatte. Nun wurde eine dritte Jodoformätherinjektion gemacht, und bei täglich zweimaliger Auswaschung der Blase nahmen die Symptome der Cystitis langsam aber successive ab, vollzog sich das Urinieren prompt durch die Urethra, und schwanden alle Beschwerden vollständig. Der Kranke wurde geheilt entlassen. (*Wien. med. Presse.* No. 41.)

Nürnberg. Eckart.

Frankreich.

Annales de Dermatologie et de Syphilographie. 1888. Heft 5.

Über eine vegetierende und atrophische Form von Jod-Pemphigus, von Hallopeau. Die Arbeit bringt einen interessanten Beitrag zur Frage der Jod-Exantheme. Es handelt sich um einen 48jährigen Koch, der am 5. Septbr. 1887 wegen eines Ausschlags im Gesicht und an den Oberextremitäten auf der Abteilung von Hallopeau zur Aufnahme kam. Dieser sehr entstellende Ausschlag besteht aus tiefliegenden Narben und aus Vegetationen; die genauere, mustergültige Beschreibung wolle man im Original nachlesen. Beide Konjunktiven sind gerötet; der Harn enthält beträchtliche Mengen Eiweifs; der Kranke hustet und entleert reichlichen Schleim; linke Lungenspitze gedämpft, daselbst feuchtes Rasseln und verschärftes Atmen. Den Narben und Vegetationen war Blasenbildung auf der Haut vorhergegangen. Patient hatte angeblich vor 20 Jahren einen harten Schanker, später Syphilis. Mit Rücksicht hierauf erhielt Patient täglich 1,0 Kali jod. Nach wenigen Tagen erscheint auf dem Handrücken eine Blase mit trübflüssigem Inhalt, der zu einer Kruste eintrocknet; an andern Körperstellen kommt es zu ähnlichen Bildungen. — Nach 14tägigem Gebrauch (19. Oktbr.) wird das Jodkalium ausgesetzt, am 11. Nov. von neuem verordnet; nach 4 Tagen unter heftigem Fieber wiederum Blasenbildung. Ein dritter Versuch mit Jodkali hatte dieselbe Wirkung. Es unterlag somit keinem Zweifel mehr, dafs man es mit einem medikamentösen Ausschlag zu thun habe. Es gelang H. auch, nachzuweisen, dafs Narben und Vegetationen Folgezustände der zuerst auftretenden Blasen seien; diese trockneten unter Zurücklassung einer Narbe und aus den Narben entwickelten sich allmählich die Vegetationen. Der weitere Verlauf, sowie die Vorgeschichte bestätigten vollauf die Diagnose. Aus den eingehenden Betrachtungen, die H. an diesen Fall knüpft, sei besonders hervorgehoben, dafs nach seiner Ansicht die Idiosynkrasie gegen Jodkalium sich nach langem Gebrauch des Mittels allmählich entwickeln kann. Es wäre demnach eine gewisse Vorsicht bei der Anwendung des Jodkali geboten.

Kasuistik:

Zwei Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring, von Dr. Tennesson und Gaston Lyon, vom Hôpital Saint-Louis.

Über einen Fall von allgemeinem Pigment-Syphilid, von Maurice Doyon.

Heft 6.

Über einen Fall von Xeroderma pigmentosum, von X. Arnozan, Bordeaux. Die sehr ausführliche Krankengeschichte betrifft einen 11jährigen Knaben aus gesunder Familie; Syphilis bei der Mutter ausgeschlossen, beim Vater unwahrscheinlich. Der Knabe bekam mit 14 Monaten eine Augen-

entzündung und erhielt an jeder Schläfe ein Vesikans. Damit soll nach Aussage der Mutter sein Leiden begonnen haben, denn die kleinen Wunden heilten nur schlecht, es blieben lange Zeit rotbraune Narben, auf denen sich allmählich rote Flecke bildeten, die sich nach und nach über Gesicht und Hals ausbreiteten, so dafs schon bei dem dreijährigen Kinde die noch jetzt befallenen Teile erkrankt waren.

Mit 7 Jahren kam noch ein neues Krankheitsbild hinzu: An verschiedenen Stellen der Nase und der Wange bildeten sich kleine, schmerzhafte, hornharte Knötchen, die von selbst unter Zurücklassung einer kleinen Ulceration wieder abfielen; die Ulceration verwandelte sich dann in eine Narbe oder einen fungösen Tumor. In 4 Jahren haben sich im ganzen nur 5—6 solcher Knötchen gebildet.

Das Allgemeinbefinden des Knaben ist gut. Das Hautleiden sitzt namentlich an den unbedeckten Körperteilen, also Gesicht, Hals und Handrücken, und besteht aus sieben verschiedenen Formen: aus farblosen Flecken, Pigmentflecken und vaskularisierten Flecken, ferner aus Tuberkeln, Ulcerationen, Narben und Abschuppungen.

Verf. ist der Ansicht, dafs es sich bei dem Xeroderma pigmentosum nicht um eine besondere Krankheit mit eigenartigem Verlauf handle, dafs man es vielmehr mit Individuen zu thun habe, deren Haut, infolge Vererbung, unter der Einwirkung von Luft und Licht die bekannten krankhaften Erscheinungen darbiete. Als analoge Thatsachen führt er die Hautverhärtungen an, die bei manchen Tuberkulösen an Gesicht und Händen beobachtet werden, und dafs ferner im Greisenalter die nämlichen Teile dunkler gefärbt sind, als die übrige Haut.

Verzeichnis der extragenitalen Schanker, die auf der Abteilung von Fournier vom 1. Febr. 1887 bis 1. Febr. 1888 zur Aufnahme kamen, von A. Morel-Lavallée. Auf der Fournierschen Abteilung wurden in dem Schuljahr 1887—1888 an 45 Individuen 48 Schanker beobachtet, die an andern Körperteilen als den Genitalen safsen, und zwar safs das Ulcus bei 15 Patienten auf den Lippen, 6mal am Kinn, je 2mal auf der Zunge, dem Auge, der Wange, der Nase, einmal auf den Mandeln, 8mal auf der Brust, je 2mal auf dem Leib und am After, 3mal an Händen und Fingern, je einmal am Hals und Schenkel. Der Mandel-Schanker ist wohl die seltenst vorkommende Form, im ganzen bis jetzt ungefähr 30mal beobachtet, und zwar 24mal beim Mann und nur 6mal bei der Frau, woraus Verf. den Schlufs zieht, dafs der Coitus per os in den seltensten Fällen die Ursache abgibt. In dem Fall von Morel-Lavallée handelte es sich um einen 18jährigen Zeichner, der einen von verschiedenen Kollegen gemeisam benutzten Zeichenstift immer im Mund zu führen pflegte. Die 8 Schanker an der Brust fanden sich sämtlich bei Frauen, davon wurden 2 durch ihre Männer angesteckt, 5 durch Säuglinge. Mehrfach bestanden auch gleichzeitig Schanker an entfernten Körperteilen, in einem Fall z. B. im Gesicht und am Finger; dieselben waren durch Bisse entstanden.

Die kleine Abhandlung enthält noch weitere interessante Einzelheiten, die ich mir leider versagen muſs, hier mitzuteilen. Es ist schade, daſs Verf. uns nicht gleichzeitig die Zahl der im Beobachtungsjahr aufgenommenen Genital-Schanker wissen läſst, damit man sich auch ein Urteil über die relative Häufigkeit der Extragenital-Schanker bilden kann, vielleicht würde man dann die auch vom Verf. auf Grund seiner Veröffentlichung unterstützte Forderung der „Académie“ anders beurteilen, daſs jeder Mediziner eine Zeitlang an einer Klinik für Syphilis zuzubringen habe. Bei nur einigermaſsen sorgfältiger Beobachtung wird der praktische Arzt auch ohne solche Lehrzeit einen extragenitalen Schanker richtig diagnostizieren. Die Forderung, daſs der angehende Mediziner sich in jeder einzelnen Disziplin spezialistisch ausbilde, ist ebenso unberechtigt, wie undurchführbar. Der Ref.

Über die Wirkung der gonorrhoischen Entzündung auf die Nebendrüsen (granulations accessoires) der Glandulae Cowperi, von J. Huguet. Ein Gonorrhoiker hatte in der Regio praebulbosa, unterhalb der Harnröhrenkrümmung, zwei kleine Tumoren. Es konnte dies keine Cowperitis sein, denn die Tumoren saſsen vor den Bulbo-Urethral-Drüsen, die selber nicht geschwollen waren, ferner bildete sich der Prozeſs nach ungefähr 14tägigem Bestand wieder ganz zurück, während eine Cowperitis gewöhnlich zur Vereiterung führt. Es konnte sich also nur um jene Drüsengruppen handeln, die rings um die Ausführungsgänge der Gland. bulbourethrales gelagert sind. — Diese Komplikation des Trippers wird sehr selten beobachtet, vielleicht, weil sie keine Symptome macht und deshalb leicht übersehen wird.

Ein Besuch im Lepra-Krankenhause zu Scutari, von A. Doyon. Doyon hat eines Tages das Lepra-Spital zu Scutari unter Führung des Anstaltsarztes Dr. Zambaco besucht und liefert nun eine anziehende Schilderung davon. Das Spital liegt inmitten eines groſsen Friedhofs, der mit Leichensteinen und Cypressen besät ist; es enthält ungefähr 28 Kranke, die namentlich aus Anatolien stammen. Eine ärztliche Untersuchung findet vorher nicht statt, die Bevölkerung stellt selber die Diagnose, infolge dessen werden oft ganz andersartige Kranke dahingebracht, deren Aufnahme natürlich verweigert wird. Wer das Spital einmal als Lepröser betreten hat, verläſst es lebend nicht wieder. — Ein Fall von Übertragung auf Gesunde ist daselbst noch nicht vorgekommen. — Auf der andren Seite des Bosporus, in Konstantinopel, laufen die Leprösen frei umher.

Über die Lepra zu Parcent (Alicante). Bruchstück einer unvollendeten, für den Stadtrat von Valencia bestimmten Abhandlung des Dr. Zuriaga, von Paul Raymond übersetzt. Die Lepra wurde 1850 aus der Nachbarschaft in das Dorf Parcent eingeschleppt. Die Art der Einschleppung und Weiterverbreitung wird ausführlich geschildert. Da keinerlei prophylaktische Maſsregeln ergriffen wurden, so waren in dem kleinen Dorf bis

zur Abfassung des Schriftstücks schon 60 Leprafälle beobachtet, von denen 45 bislang gestorben sind. Aus der Art der Weiterverbreitung zieht Verf. den Schluſs, daſs die Erblichkeit für die Ausdehnung der Lepra nicht herangezogen zu werden braucht, da die Krankheit sich fast nur durch den Umgang mit Leprösen ausbreitete.

Krankenhaus und Lepra-Abteilung zu Reknaes, nebst einem statistischen Bericht über die Lepra-Abteilung von 1861—1885, von Edv. Kaurin. Die Leproserie zu Reknaes in Schweden wurde 1861 erbaut und faſst 160 Betten. Bis 1885 sind daselbst im ganzen 664 Kranke aufgenommen, 386 Männer und 278 Frauen; davon sind 438 gestorben, 8 geheilt. — Die Zahl der Neuaufnahmen betrug durchschnittlich jährlich 24. — In 478 Fällen handelte es sich um die tuberkulöse Form, in 182 um die anästhetische. — Des weiteren bringt die Statistik noch beachtenswerte Angaben über das Durchschnittsalter, die Dauer der Krankheit u. s. w.

Kasuistik.

Fall von syphilitischem Diabetes, von Lemonnier (de Flers). Ein Zuckerharnruhr-Kranker entleerte trotz zweckmäſsiger Behandlung monatelang täglich an 2 Liter Harn mit etwa 7 % Zucker, bis nach einer antiluetischen Kur, die wegen deutlicher — bis dahin aber geleugneter Syphilis eingeleitet wurde, auch die diabetischen Symptome völlig schwanden.

Heft 7.

Zur Pathogenese und Behandlung des Panaritium, von E. Chambard. Von der Voraussetzung ausgehend, daſs es sich beim Panaritium um eine parasitäre Erkrankung handle, hat Verf. den Eiter von verschiedenen Panaritien, die bei Kranken der Irrenanstalt Ville-Evrard vorkommen, auf Bakterien untersucht, und selbstverständlich verschiedene Mikrokokkenarten gefunden. — Die darauf aufgebaute „antiseptische" Behandlung mit Karbol und Jodoform bietet nichts Bemerkenswertes.

Über die Gummata der Conjunctiva palpebr., von A. Trousseau. Verf. hatte die seltene Gelegenheit, 2 Fälle von Gummata der Augenbindehaut zu beobachten und ist so rücksichtsvoll, uns, unter Weglassung der eigentlichen Krankengeschichten, über den gewöhnlichen Verlauf solcher Gummata zu unterrichten. Derselbe ist gewöhnlich chronisch, fast schmerzlos, es bilden sich einige kleine Knötchen, ähnlich wie beim Chalazeon im Augenlid, dieselben zerfallen bald und heilen bei geeigneter Behandlung unter kaum merklicher Narbenbildung. Bei der akuten Form rötet sich das Augenlid und wird ödematös; die Drüsen des Unterkiefers und der Ohrgegend sind angeschwollen; Schmerz nur gering. Auch hier kehrt bald wieder alles zur Norm zurück, nur daſs die Narbenbildung ausgesprochener ist. Die Gummata sind erbsen- bis haselnuſsgroſs, und man übersieht sie im Anfang leicht, wenn man das Augenlid nicht umwendet; sie ulcerieren schnell und fangen bei geeigneter Behandlung bald an zu vernarben. Ver-

kürzungen des Augenlids mit dadurch bedingtem Lagophthalmus, sowie Verlust der Wimpern sind selten, können aber vorkommen. Bei ungenügender oder ganz fehlender Behandlung kann Gangrän und phagedänisches Geschwür auftreten. Die Dauer der Krankheit ist für gewöhnlich 6—10 Wochen. — Die Gummata, die in der Zahl von 1—4 aufzutreten pflegen, sitzen im Knorpel; sie erscheinen nicht nur in der tertiären Periode, wie vielfach behauptet wird; in den vom Verf. beobachteten 2 Fällen traten sie im 9. bezw. 12. Monat nach dem primären Schanker auf. — Einige Bemerkungen über die Differentialdiagnose und der nochmalige Hinweis auf eine nachhaltige antiluetische Behandlung bilden den Schluſs der kleinen Abhandlung.

Kasuistik:

Ein Beitrag zur Gemeinschädlichkeit der uneingeschriebenen Mädchen, von Henri Leloir. Leloir schildert mit berechtigter Entrüstung den Fall, daſs in seiner Klinik kurz hintereinander 6 junge Leute mit Schanker zur Aufnahme kamen, die alle von demselben Frauenzimmer angesteckt waren.

Beitrag zum Studium der Arthritis syphilitica secundaria, von G. Cheminade. Bringt 2 Krankengeschichten nebst einigen Bemerkungen zur Differentialdiagnose vom gewöhnlichen Gelenkrheumatismus.

Heft 8 und 9.

Ein Fall von primärer Dermatitis exfoliatrix generalisata, von J. Girode. Eine 72jährige Frau erkrankte plötzlich mit Brennen am Kopf und an den Extremitäten und Röte über den ganzen Körper, der bis zum Tode dauerndes Abschuppen folgte. Gleichzeitig besteht Fieber, Brennen, leichtes Ödem. Eine Pneumonie führte den Tod herbei.

Die histologische Untersuchung der Haut führte zu folgenden Ergebnissen: Die Epidermis ist sehr verdünnt, das Stratum mucosum dagegen beträchtlich verdickt. Ebenso ist die Cutis fibrös verdickt. Die Talgdrüsen sind, namentlich an der behaarten Kopfhaut, aufs äuſserste atrophisch; umgekehrt sind die Schweiſsdrüsen abnorm entwickelt und über eine weite Strecke verteilt. Hie Haare sind zart, unregelmäſsig. Die glatte Muskulatur ist an den erkrankten Stellen stärker entwickelt. Die Arterien beteiligen sich im allgemeinen nicht an der Erkrankung; nur ab und zu in der Nachbarschaft von Schweiſsdrüsen und an der Grenze von Epidermis und Cutis stöſst man auf kleine Gefäſse mit ausgesprochener Endarteriitis. — An einzelnen gröſseren Hautvenen trifft man anscheinend frische Blutextravasate mit unversehrten Lymphkörperchen. Die Kapillaren der Cutis und der Papillen sind strotzend mit Blut gefüllt. Die Nerven scheinen im allgemeinen normal.

Über die Behandlung der sekundären Syphilide des Mundes mit Hg-Einspritzungen, von S. Rosolimos, Athen. Bekanntlich leisten

die sekundären Mundaffektionen selbst einer andauernden inneren Medikation beharrlichen Widerstand, verschwinden auch selbst nach einer energischen Schmierkur nicht. Deshalb haben die französischen Ärzte schon seit langem eine örtliche Behandlung derselben empfohlen. R. hat nun gefunden, dafs man mit Quecksilber-Einspritzungen noch viel schneller zum Ziele kommt. Von 253 nach dem alten Verfahren (örtlich und allgemein) behandelten Fällen war die Erkrankung 18 mal 5 Monate bis 2 Jahre bestehen geblieben; 87 mal wich sie erst völlig im dritten Monat; 92 mal dauerte sie ungefähr 2 Monate u. s. w. und nur in 9 Fällen verschwand sie etwa 14 Tage nach ihrem Auftreten.

Von 216 Fällen jedoch von Syphiliden der Mundschleimhaut, die nur mit Quecksilber-Einspritzung behandelt wurden, waren 103 nach ungefähr 15 Einspritzungen völlig geheilt, 78 nach 20 Einspritzungen, d. h. nach ebenso vielen Tagen, und nur in 35 Fällen, wo Verf. gleichzeitig auch auf die örtliche Behandlung zurückgriff, erforderte die Heilung 25 Tage. — Aus diesen Thatsachen zieht Verf. den gewifs berechtigten Schlufs, dafs die Einspritzungen viel energischer wirken, als die andern Anwendungsweisen des Quecksilbers. Aber nicht nur ihrer gröfseren Energie schreibt er den schnellen Erfolg zu, sondern auch dem Umstand, dafs sie viel seltener eine Stomatitis erzeugen; diese aber verhindere eine rasche Heilung; wenigstens trat in den langdauernden Fällen von vornherein auch eine Mundentzündung auf. Einen weiteren Vorteil der subkutanen Anwendung des Quecksilbers erblickt R. endlich darin, dafs sie Rückfälle mehr als alle andern Methoden verhindern.

Bemerkungen zur Entstehung der Urticaria-Knötchen, von B. Jacquet. Verf. hat die eigentümliche Beobachtung gemacht, dafs, wenn man bei einem Urticaria-Kranken einen Körperteil luftdicht abschliefst, an diesem Körperteil alle Symptome (Brennen und Knötchen) plötzlich verschwinden. Er bediente sich zu seinen Versuchen der Watte; in 2 von 4 Fällen gelang ihm der Versuch zu wiederholten malen. Dieses Verhalten veranlafst ihn nun zu einer etwas gewagten Schlufsfolgerung: Da jeder geschützte Hautteil eines Urticaria-Kranken freibleibt, so folgt daraus, dafs jedes Knötchen zu seiner Entstehung irgend eines Reizes bedarf, dieser Reiz kann sehr schwach sein; das Reiben der Kleider, die Berührung der frischen Luft genügt schon. Damit sei denn eigentlich die Urticaria acuta s. tonica im Wesen gleichartig mit der U. facticia s. dermographica, nur dafs bei der ersteren Form die vasomotorische Erregbarkeit eine gröfsere sei; es seien ja auch Fälle bekannt, wo die Urticaria acuta allmählich zur U. dermographica abblafste. — Einen Einwand macht Verf. selber seiner Theorie: wenn sie richtig ist, so müfste man bei jedem Urticarier den Zustand des Dermographismus zeigen können, was thatsächlich nicht gelingt. Zur Widerlegung dieses Einwands wird eine noch gekünsteltere Hypothese aufgestellt. — Mir scheint die erste Schlufsfolgerung nicht genügend begründet, denn wenn schon schwache Reize, wie der blofse Lufthauch ge-

nügen, um Urticaria zu erzeugen, um wie viel mehr ein so starker Reiz, wie feste Umwickelung eines Körperteils mit Verbandwatte. Vielleicht besteht das Wirksame hier in der Kompression der Gefäfse, vielleicht in viel verwickelteren Verhältnissen, Unterdrückung der Schweifsabsonderung, Nervenreizung u. s. w. Der Ref.

Kasuistik:

Fall von tertiärem Ulcus der Vorhaut, der einen primären Schanker vortäuschte, von Paul Portalier. Bringt einen lehrreichen Fall nebst eingehender Besprechung. Das Geschwür hatte mit Knotenbildung begonnen und trotz dreiwöchentlichen Bestandes war keine Leistendrüsenschwellung vorhanden. — Diese Thatsachen, im Verein mit dem eigentümlichen, arkadenartigen Bau der Ränder, genügen nach Verf., um selbst ohne Kenntnis der Anamnese ein tertiäres Syphilid zu diagnostizieren.

Harter Schanker, durch ein Rasiermesser übertragen, von G. Cheninade. Die Überschrift besagt alles.

Die Besprechung über die Kontagiosität der Lepra in der Académie de Médecine, von L. Brocq. Über denselben Gegenstand hat A. Tavernier bereits in den *Monatsheften* berichtet.

Hamburg. Türkheim.

Aus dem Kongrefs zum Studium der Tuberkulose beim Menschen und den Tieren in Paris, vom 25. bis 31. Juli 1888. (Nach *D. Med. Ztg.*)

Pseudotuberkulose beim Menschen und bei Tieren. Cornil und Toupet-Paris zählen zu den veröffentlichten zwei neue Fälle auf. Der eine wurde durch Dr. Routier überwiesen. Es handelte sich um einen kleinen Tumor am Finger, der sich nach einer Verwundung mit Austernschalen entwickelt hatte. Die mikroskopische Untersuchung zeigte ein fibröses Gewebe mit Tuberkelknötchen und Riesenzellen, aber keinen Bacillen, wohl aber im Zentrum der Knötchen kleine Fragmente der Austernschalen.

In einem zweiten Falle fand man im Darm einer Antilope Affektionen, die makroskopisch und mikroskopisch für Tuberkelknötchen gelten mufsten. Der Kochsche Bacillus wurde nicht gefunden, wohl aber ein kleiner ovoider, auf die Weigertsche Methode sich färbender.

Eiterige Form von tuberkulösem Lupus. Hallopeau und Wickam sahen Mischformen von Hauttuberkulose und vereiterten Lupusknötchen. In einem Falle nach Pferdebifs sah die Krankheit der chronischen Pferdewurmkrankheit derartig ähnlich, dafs die Differentialdiagnose nur nach der Impfung gestellt werden konnte. Sie glauben, dafs die Eiterung durch die

Ptomaine herbeigeführt sei, deren Bildung in den Geweben die Bacillen hervorrufen.

Versuche der Tuberkularisierung des Thränensacks. Valude-Paris hat schon früher gefunden, dafs die Tuberkulose der Kojunktiva äufserst selten ist, da die Thränenflüssigkeit entweder durch ihre chemische Beschaffenheit oder durch beigemengte Mikroorganismen zerstörend auf den Tuberkelbacillus wirkt. Dies haben ihm eine Reihe völlig erfolgloser Impfungen tuberkulöser Massen in den Thränensack hinein von neuem erwiesen.

Über Leichentuberkel. Torkomanian-Skutari hat sich im Jahre 1882 bei der Autopsie eines Tuberkulösen verletzt. Es bildete sich nach 4 Tagen an der betroffenen Stelle eine schmerzhafte Stelle, die zur Abscedierung gelangte. Weitere Folgen traten nicht ein.

Verneuil hat sich gleichfalls einen Leichentuberkel zugezogen ohne allgemeine Folgen.

Chauveau hat sich im Jahre 1869 ebenfalls einen drei Monate persistierenden Leichentuberkel bei der Sektion eines tuberkulösen Mädchens zugezogen, ohne dafs allgemeine Tuberkulose gefolgt wäre.

Dies rührt seiner Ansicht nach davon her, dafs der subkutane Weg kein günstiger zur Erzeugung von Tuberkulose ist.

Von fünf subkutan mit virulentem Tuberkelgift geimpften Kälbern wurde keins tuberkulös, zwei bekamen nur örtliche, bald wieder verschwindende Reaktionen.

Villemin bestätigt dies für die perkutane Methode, da Bestreuen von Hautstellen, die durch Vesikatore der Epidermis beraubt waren, mit Pulver von getrockneten tuberkulösem Auswurf keinen besonderen Effekt machten.

Barthélemy-Paris macht darauf aufmerksam, dafs die sogenannten Leichentuberkel zwar manchmal, nicht aber immer wahre Hauttuberkulose sind, sondern auch manchmal Granulationen, durch andre infektiöse Stoffe verursacht. Er rät, die Affektion mit dem Glüheisen zu zerstören.

Zur Ätiologie des Lupus. Leloir-Lille hat ein Mädchen von 10 Jahren an myxomatösem Lupus in der Temporalgegend behandelt. Die Eltern hatten ihr vor einiger Zeit auf einen Ausschlag der behaarten Kopfhaut Kataplasmen von Regenwürmern gemacht. Sorgfältige Nachforschungen ergaben, dafs die Würmer an einer Stelle gesammelt waren, an der nach Aussage des Tierarztes ein tuberkulöses Huhn verscharrt war. L. wirft, ohne bestimmte Schlüsse zu ziehen, die Frage auf, ob nicht der Regenwurm dem Tuberkelbacillus gegenüber eine ähnliche Rolle wie dem Karbunkelbacillus gegenüber spiele?

Lupusentwickelung an tuberkulösen Fisteln. Jeanselme-Paris bestätigt die schon gemachten Erfahrungen von Volkmann, Besnier, Lesser,

u. a., wonach an der Hautmündung von Fistelgängen nach Drüsenvereiterungen, Knochen- und Gelenkeiterungen tuberkulösen Charakters sich tuberkulöser, veruköser oder erythematöser Lupus entwickeln kann.

Über die subunguale Schwiele, von Prof. Le Fort. (*Bulletin Medical.* 22. Juli 1888.) Le Fort beschreibt im Anschlusse an zwei von ihm beobachtete Fälle eine Krankheit des Nagelbettes, die er mit dem obigen Namen bezeichnet. Im ersten Falle trat infolge des Druckes des Oberleders an beiden grofsen Zehen ein heftiger Schmerz auf, welcher den Patienten am Gehen hinderte. Die Inspektion liefert keine Zeichen einer Entzündung oder Blutung, hingegen ist der Nagel infolge einer Anhäufung von Epidermiszellen, welche so zu sagen einen rudimentären Nagel bilden, etwas abgehoben; bei Druck auf das mittlere Drittel und den freien Rand desselben tritt überaus heftiger Schmerz auf. Heilung durch fortgesetztes Herauskratzen des subungualen Zellhaufens nach 6—7 Monaten.

Beim zweiten Falle war vor etwa 16 Jahren unter Rötung und Schwellung der vorderen Partie der rechten grofsen Zehe ein heftiger Schmerz in der Mitte des Nagels desselben aufgetreten. Die Schwellung und der Schmerz vergingen wieder, der letztere wiederholte sich aber des öfteren mit immer wachsender Intensität und nötigte endlich den Patienten sich ins Hospital aufnehmen zu lassen. Die transversale Biegung des Nagels war etwas mehr prononziert, der vordere Teil der Nagelphalange der sechsten grofsen Zehe etwas angeschwollen. Der Nagel war von normaler Dicke, unter demselben eine weifsliche, 2 mm dicke Epidermisschicht, welche in ihrer vorderen Partie dem Nagel und dem Nagelbett nur wenig adhäriert, weiter nach hinten mit beiden fester zusammenhängt. Druck auf den Nagel schmerzhaft. Abtragung des Nagels und Entfernung der Epidermisschicht, welche etwa einen Quadratzentimeter der vorderen Partie des Nagelbettes einnahm, mittels Bistouri.

Der neu nachgewachsene Nagel ist in seinem vorderen Abschnitt dünner und hängt hier fast mit dem Korium zusammen, seine freie Oberfläche zeigt querlaufende Buckel. Vollständige Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt eine dicke Lage verhornter Zellen, ein verbreitertes Stratum Malpighii, welches stellenweise Zapfen in das Korium sendet, welch letzteres teilweise verlängerte Papillen aufweist, übrigens ganz normal ist.

Die Struktur des Tumors gleicht aber den Schwielen im allgemeinen, mit dem Unterschiede jedoch, dafs bei der Schwiele die Lederhaut mehr atrophiert, die Papillen niedriger sind. Die Diagnose müfste also zwischen Papillom und Schwiele gestellt werden, was immer schwieriger sei, als am Ende „die Schwiele nichts andres als ein Papillom sei, bei welchem das verhornte Element prädominiere."

Syphilitische Infektion einer Familie durch eine Amme, von Alfred Fournier. (*Gazette hebdomad. de Médecine et de Chirurgie.* 1887. No. 45.) Ein Säugling aquiriert die Syphilis von einer Amme, und in der Folge werden alle mit demselben sich beschäftigenden Personen unmittelbar oder mittelbar infiziert. Die „Bilanz" des durch die Amme in die Familie eingeschmuggelten Kontagiums ist: 6 syphilitische Erkrankungen — das Kind, Mutter, Vater, Grofsmutter, 2 Mägde — und ein Abortus.

Hamburg. Török.

Italien.

Zwei Fälle von Glossitis gummosa syphilitica, geheilt durch Kalomelinjektionen, von Prof. A. Scarenzio. (*Annali universali di Medicina.*) Verfasser, der im Jahre 1864 die Syphilisbehandlung durch Kalomelinjektionen zuerst in die Praxis eingeführt hatte, zeigt an zwei Fällen, wo exulcerierte Gummata an der Zunge vorhanden waren, den überraschenden Erfolg dieser Methode. In dem einen Falle genügte eine einzige Injektion von 10 cg Kalomel (vapore parat.), um innerhalb 10 Tagen alle Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen; in dem andren waren zu diesem Erfolge zwei, in einer Zwischenzeit von 2 Wochen gemachte Injektionen nötig.

Beitrag zum Studium der durch Vaccination hervorgerufenen Hautkrankheiten, von Prof. Dr. Barduzzi. (*Boll. della sezione tra i cultori delle scienze mediche.* etc. 1887.) Nach der Impfung können direkte und indirekte Dermatosen folgen. Erstere werden durch die Mikroben der Vaccine selbst hervorgerufen, sind unschädlich und haben gar keine pathologische Bedeutung, letztere entstehen durch Eindringen fremder Infektionsstoffe in die Impfpustel und können bei entsprechenden Kautelen wohl vermieden werden.

Über den Wert der sauren Reaktion des blennorrhoischen Eiters, von Prof. Dr. Barduzzi. (*Boll. della sezione tra i cultori delle scienze mediche.* etc. 1887.) Die Behauptung Martineaus, dafs gonorrhoischer Eiter im Gegensatz zu dem andrer Herkunft sauer reagiere, und dafs diese Reaktion sogar so konstant sei, dafs sie als pathognomonisch betrachtet werden könne, wird von dem Verf. auf Grund von zahlreich gemachten Versuchen widerlegt. In allen Fällen reagierte der Eiter immer alkalisch. Demgemäfs hat sich auch die von französischen Ärzten gemachte Schlufsfolgerung, die Gonorrhöe mit alkalischen Infektionen zu behandeln, als vollkommen falsch erwiesen.

Über den Sitz von Mikrophyten in der normalen menschlichen Epidermis, von Dr. V. Mibelli. (*Boll. della Società tra i cultori di sc. med.*) Die Angaben Bizzozeros über das Vorkommen von Saccharomyces (mit runder und ovaler Form) wurden einer Nachprüfung unterzogen, um ihren Sitz genau festzustellen. Das Resultat dieser Untersuchung war, dafs einzelne dieser Mikrophyten in den äufseren Lamellen des stratum corneum zu finden sind. Zahlreicher kommen sie in den Haarfollikeln vor, deren Wände sie zuweilen völlig auskleiden und in deren Lumen sie sich in einzelnen Fällen massig anhäufen. Auch in den Ausführungsgängen der Schweifsdrüsen trifft man sie zuweilen an.

Eine seltene Form des Hymen, von Dr. V. Mibelli. (*Lo Sperimentale.*) Das Hymen hatte zwei seitlich gelegene ovale Öffnungen, von denen jede 1,0 cm lang und 0,5 cm breit war. Das Hymen selbst bestand fast nur aus der Membran, welche die beiden Öffnungen voneinander trennte.

Heilung des Favus durch Kupferoleat, von Dr. Mibelli. (*Boll. della Sezione tra i cultori delle scienze mediche.*) Die Resultate dieser Behandlungsweise werden hier veröffentlicht. Der Erfolg war nicht besonders glänzend. Nur in einigen Fällen trat nach Einreibungen mit Kupferoleat Heilung selbst ohne vorhergegangene Depilation ein. Es handelte sich dann um einen leichten und umgrenzten Favus. Immerhin dürfte ein Versuch mit dieser Methode in solchen Fällen zu empfehlen sein, wo der Patient sich energisch der Depilation widersetzt.

Ein Fall von Rhinosklerom, von Dr. Mibelli. Der Verf. hat einen bei einem 34jährigen Müller beobachteten Fall von Rhinosklerom mit aufserordentlicher Sorgfalt studiert und legt in einer umfangreichen Monographie das Resultat seiner Beobachtungen nieder. Die von einigen Autoren behauptete kontagiöse Natur der Krankheit kann Verf. nicht bestätigen. Für seine Ansicht findet er eine Stütze in allen bekannten klinischen Erscheinungen und bakteriologischen Untersuchungen. Es läfst sich wohl nachweisen, dafs das Rhinosklerom einen spezifischen Mikroorganismus enthält. Derselbe läfst sich jedoch auf lebende Tiere nicht so übertragen, dafs auch da das prägnante Bild eines Rhinoskleroms entstehe.

Hamburg. Fink.

Rufsland.

Jakowsky, **Ein zweiter bakteriologisch untersuchter Fall von Rhinosklerom.** (*Gazeta Lekarska.* 1888. No. 37.) Eine 25jährige Frau hat vor 6 Jahren eine kleine juckende Borke im Nasenloch bemerkt und hat dieselbe mehrmals weggekratzt. Nachher entwickelte sich an derselben Stelle ein Knötchen, dem bald andre folgten.

Stat. praesens: Beide Nasenlöcher sind durch knorpelharte Tumoren verstopft; vom rechten Nasenloch geht auf die Lippe herab ein nufsgrofser blasser Tumor. Uvula verschwunden.

Die Rhinosklerombakterien fand J. in den Mikuliczschen Zellen, spärlicher im Bindegewebe (Färbung nach Paltauf und Eiselsberg). Es sind kurze Stäbchen mit abgerundeten Enden, seltener ovale Kokken. Jedes Stäbchen einzeln abgekapselt. Die Kokken zu 2 bis 3 in einer Kapsel. Auf Gelatineplatten entstanden am dritten Tage kleine weifse Pünktchen, die später in der Mitte gelbbraun wurden. In der Eprouvette stellten sich am 2. bis 3. Tage weifse Körnchen längs des Striches ein, später ein ziemlich hoher, an der Kuppe etwas bräunlicher Knopf.

In der 4. bis 5. Woche wird die Gelatine etwas braun und trübe. Auf Agarglycerin entsteht bei 37° C. die Kultur nach 24 Stunden (glänzende weifsliche Strichlinie, breite Kultur an der Oberfläche). Auf Kartoffel zeigt sich am 2. bis 3. Tage eine gelblichweifse, langsam wachsende Kultur mit erhabenem Rande. — Die Kapsel wird sichtbar bei einfacher Färbung, ohne vorbereitende Manifestationen. — Mit der Reinkultur geimpfte 4 weifse Mäuse (in den Pleurosack) blieben gesund. Somit bestätigt J. seine frühere Angabe, dafs die Rhinosklerombakterien zwar morphologisch ähnlich, aber nicht identisch sind mit den Friedländerschen Pneumoniebakterien.

Warschau. Funk.

Aus der Praxis.

Nr. 40. Wollen Sie so freundlich sein, die **Therapie der „roten Nase"** zu besprechen. Ich meine insbesondere die Fälle, wo die Nase immer ein wenig rot ist, vielleicht auch mit einzelnen Akneefloreszenzen besetzt, aber durch Speisen und Getränke (oder Temperaturwechsel) immer röter wird. Gewöhnlich werden dann auch die Wangen höher gefärbt. An internen Organen ist oft nichts Abnormes zu finden. Die Ichthyoltherapie (Unna: *Ichthyol und Resorcin*) habe ich in diesen Fällen versucht, aber meistens hat das Ichthyol ganz versagt — und andre Mittel auch!

Dr. O. in S.

Antwort der Redaktion: Während man früher die Rosacea als eine besondere Art der Akne ansah und Akne rosacea nannte, hat sich erst allmählich der Begriff Rosacea als eine besondere Gefäfserweiterung der Haut festgesetzt, welche in der bekannten Gestalt des Schmetterlings auf Nase und Wangen topographisch begrenzt ist. Sehr selten, wenn jemals,

tritt die Rosacea zu einer einfachen Akne hinzu, fast stets sind Akneknoten eine schliefsliche Komplikation der Rosacea. Die Sonderstellung der R. ist um so notwendiger, als dieselbe sehr verschiedene Ursachen besitzt. Als die allergewöhnlichste Ursache (ca. 80 %) hat sich mir in den letzten Jahren das Bestehen einer seborrhoischen Affektion des behaarten Kopfes und Gesichtes ergeben. Allein durch die Berücksichtigung dieser Thatsache verbessert sich die Prognose der R. ungemein. In allen diesen Fällen hat man zunächst nur für die Beseitigung der seborrhoischen Affektion Sorge zu tragen. (s. *Monatshefte.* 1887. pag. 827. UNNA, Das seborrhoische Ekzem.)

In dem Reste reiner Rosaceafälle ist die Erweiterung der Gefäfse verursacht durch eine angeborene Abnormität der Hautgefäfse, welche meistens nicht nur an der Haut der Nase, sondern dann auch allgemein an den Extremitäten vorhanden ist (blaurote Verfärbung der Hände, Anlage zu Frost der Hände und Füfse), oder dieselbe ist in akuter Weise durch einen übergrofsen Reiz auf die Gefäfse verursacht (Erfrierung der Nase und Sonnenbrand), endlich scheinen hyperämische Affektionen benachbarter Teile (des Naseninnern, Schnupfen) ebenfalls einige Fälle von R. verursachen zu können. Auf alle diese Formen haben selbstverständlich jene Reize allgemeiner Natur einen verschlimmernden Einfluſs, welche auch beim gesunden Menschen eine Rötung des Gesichts hervorbringen (starker Temperaturwechsel, Beschäftigung vor offenem Feuer, Alkoholismus, Stauungen im kleinen Kreislauf, im Pfortadersystem und im kleinen Becken). Alle diese letzteren Ursachen betrachte ich stets nur als Gelegenheitsursachen, deren Mitberücksichtigung bei der Therapie selbstverständlich ist.

Bei jenen Fällen von Rosacea, wo nach Beseitigung der Seborrhöe ein Rest von Hyperämie hartnäckig bleibt, weiter in allen jenen seltenen Fällen, wo angeborene Anlage zur abnormen Gefäfserweiterung vorhanden ist oder eine akute Verursachung derselben — mit andern Worten, wo es sich um eine reine R. handelt, empfehle ich folgende Therapie: Innerliche Darreichung von Ichthyol lange Zeit 1,0—2,0 pro die, äufserliche Anwendung des Ichthyols in wässeriger Lösung (nachts), oder wenn die Anwendung desselben auf Schwierigkeiten stöfst, die nächtliche Anwendung einer Zinkschwefelpaste, z. B.:

℞ *Ungt. Zinci* 20,0
Amyli oryzae 5,0
Sulfur. 2,0
M. f. pasta. D. S.

Wenn unter dieser Behandlung die diffuse Röte gewichen ist und dem Erscheinen erweiterter Venenbäume auf blafsrotem Grunde Platz gemacht hat, ist es zweckmäfsig, die letzteren 2—3mal wöchentlich mittels des HEBRAschen Stichlers leicht zu sticheln. Man hat sich hierbei zu hüten, reflektorisch eine zu grofse Hyperämie hervorzurufen. Deshalb lege man sofort feuchte Watte auf nach dem Sticheln und begnüge sich jedesmal mit

dem Anstechen der hervorragendsten Gefäfse. In dieser Weise, richtig beschränkt, hat mich die Ichthyoltherapie bei Rosacea noch nie im Stich gelassen.

Für ganz leichte Fälle und zur Nachkur aller schwereren dann, wenn keine stärkere Reizbarkeit der Haut mehr vorhanden ist, dient das stetige Waschen mit Ichthyolseife, wobei, wie bei allen Formen der R. überhaupt, nur warmes Wasser genommen werden darf.

UNNA.

Berichtigung.

In Nr. 14 d. J. der *Monatshefte f. prakt. Dermatol.* ist ein Aufsatz von mir enthalten: „Zur Pathologie und Therapie des chronischen Trippers.“ Derselbe ist das Autorreferat einer andren gröfseren Arbeit von mir. — In dem eben bezeichneten Referate ist S. 657 ein Satz enthalten, in welchem es heifst: „der prinzipielle Unterschied der von mir benutzten und von Dr. NITZE und mir in Dresden vor ca. 12 Jahren zuerst konstruierten Instrumente etc.“ — Man könnte hiernach glauben, dafs ich an der ursprünglichen Konstruktion des Urethroskops mit Dr. NITZE teilgenommen hätte. Dies ist nicht der Fall gewesen, ich habe das erste, fertige Instrument zu dieser Zeit von Dr. NITZE bekommen. Die Vermengung meiner Person mit dieser Thatsache bezieht sich auf die jetzige, von mir vorgenommene Umgestaltung der elektrourethroskopischen Instrumente. — Im übrigen ist in der referierten Originalarbeit und in allen andern bereits erschienenen und noch erscheinenden Publikationen dieser Thatsache mehr oder weniger ausführlich von mir immer wieder gedacht, Herrn NITZES Priorität also von mir in jeder Weise gewahrt worden. Dafs mein Name jetzt öfter mit den NITZEschen Instrumenten in Verbindung gebracht wird, erklärt sich einfach daraus, dafs ich dieselben umgeändert, zuerst und lange Zeit ausschliefslich allein gebraucht habe.

Dresden, Ende Oktober 1888. Dr. OBERLÄNDER.

Für die Abonnenten der *Monatshefte* ist dieser Nummer ein Verzeichnis der neueren medizinischen Werke aus dem Verlage von LEOPOLD VOSS in Hamburg (und Leipzig) beigefügt, welches geneigter Beachtung empfohlen wird.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg und Leipzig.
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

von Düring, *Einwirkung des regulinischen Hg auf tierische Gewebe.*

Durchschnitt durch den nach ***Hg – Injektion*** *entstandenen Tumor am* ***Vorderarm.***

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig) Lith. Anst. Julius Klinkhardt Leipzig

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 23. 1. Dezember 1888.

Zwei bemerkenswerte Fälle symmetrischer, purpurfarbiger, fleckiger Hauthyperämie mit Induration.

Von

Jonathan Hutchinson. F. R. S. L. L. D.
Konsultationschirurg des London Hospital und des Royal London Ophthalmic Hospital.

Vor mehreren Jahren hatte ich an dem Metropolitan Free Hospital Gelegenheit einen Fall zu beobachten, zu welchem ich ein genaues Analogon seither vergeblich gesucht habe. Derselbe betraf einen im höheren Lebensalter stehenden Mann, dessen Beine, Finger und Hände beträchtlich erhabene, höchst eigentümlich purpurfarbige, persistente Flecke aufwiesen. Die dadurch verursachten Beschwerden waren nur gering; die betroffenen Gebiete zeigten niemals Neigung zum Ulcerieren, doch dehnten sie sich allmählich immer mehr aus. Daneben bestand eine deutliche und beträchtliche Verdickung der Haut an diesen Stellen. Patient war ein wohlgenährter, kräftiger Mann, der früher an der Gicht gelitten hatte, aber sich sonst einer guten Gesundheit erfreute. Ich liefs eine Skizze seiner Hände anfertigen und veröffentlichte dieselbe in meinen *Illustrations of Clinical Surgery* (vide Tafel VIII. und pag. 42). Dieser Fall verblieb ungefähr ein Jahr lang unter meiner Beobachtung. Späterhin wurde er in Kings College Hospital behandelt, und es erregte sein Zustand dort sehr lebhaftes Interesse. Er starb schliefslich an einem Nierenleiden, fünf Jahre, nachdem ich ihn zuletzt gesehen hatte. Die Hautaffektion hatte in dieser Zeit erhebliche Fortschritte gemacht.

Als ich im Jahre 1869 in Christiania war, zeigte mir der jetzt verstorbene Professor Boeck eine zur Sammlung pathologisch-anatomischer Abbildungen des Universitätsmuseums gehörige Zeichnung einer Hand, welche der eben erwähnten beinahe akkurat glich. Bedauerlicherweise waren keine weiteren Details über diesen Fall aufzutreiben. Man sagte mir, dafs Patient ein erwachsener Mann war, Seemann, offenbar bei guter Gesundheit, und dafs der Zustand längere Zeit fortbestanden habe.

Zwei andre Fälle, die jedoch nur wenig ausgesprochen und nicht so scharf charakterisiert waren, haben mir den erst beschriebenen Fall ins Gedächtnis zurückgerufen. Diese zwei letzteren Patienten waren alle beide Mediziner und zwar Hopitalsärzte. Bei dem einen derselben, einem sehr gesunden, 70jährigen Herrn, zeigte sich die Affektion an der Haut der Zehen. Sie blieb fast ein Jahr lang bestehen, worauf sie vollständig wieder verschwand. Es war bei diesem Patienten nicht ausgeschlossen, dafs das Leiden gichtischen Ursprungs sein möchte. Dagegen war bei dem andern nicht der geringste Verdacht auf Gicht vorhanden, zumal Patient, ein aufserordentlich gesunder Vierziger, sein Leben lang vollständiger Teetotaller gewesen war. Bei ihm war der Zustand auf die eine Hand beschränkt und hatte, ohne sich wesentlich zu verändern, mehrere Monate schon so bestanden, jedoch waren die Verdickungen bei weitem nicht so livide verfärbt, wie dies bei meinem ersten Patienten der Fall gewesen war. In ätiologischer Beziehung mag erwähnt werden, dafs in keinem Fall eine Beziehung zu den gewöhnlichen Ursachen von Frostbeulen nachzuweisen war; auch fand sich kein Defekt in dem Zustand des arteriellen Kreislaufs. Die schmutzig purpurne Färbung, welche die Flecke annahmen, war offenbar durch einen Zustand dauernder Schwächung und Dilatation der Venen in den betroffenen Teilen hervorgerufen, denn sie konnte nicht als Pigmentverfärbung aufgefafst werden, schon weil die Stellen durch festen Druck zum Abblassen gebracht werden konnten. Dafs es sich hierbei jedoch um etwas mehr als blofse Stauung handelte, geht aus der beträchtlichen Verdickung und der an einigen Stellen scharf markierten Umrandung hervor.

Man wird bei allen den angeführten Fällen bemerken, dafs

nur die Hände, Beine und Füfse befallen waren, sowie ferner, dafs alle Patienten erwachsene Männer waren, von denen zwei sich sogar im höheren Lebensalter befanden. Wenn ich diese Fälle nebeneinander stelle, so will ich damit keineswegs angedeutet haben, dafs ich sicher wäre, es seien gleiche Krankheiten, und man wolle namentlich in Erinnerung behalten, dafs die beiden letzten nur sehr wenig prononziert waren.

Ich werde nunmehr etwas eingehender einen sehr bemerkenswerten und erheblich markierteren Fall schildern, den ich mit voller Sicherheit für einen intensiveren Grad derselben Krankheit, welche mein erster Patient darbot, erklären möchte. Im Frühling dieses Jahres konsultierte mich ein Herr, der sowohl an Händen und Füfsen eine der oben geschilderten ganz ähnliche Affektion darbot, als auch am Rumpf Andeutungen einer allgemeinen Steigerung zu symmetrisch angeordneten Hautanomalien erkennen liefs. Die Entwickelung des Leidens erinnerte hierbei in manchen Punkten an Psoriasis.

Patient, ein Herr B., war ein ziemlich blühender, gesund aussehender, 65jähriger Ökonom. Zunächst lenkte er meine Aufmerksamkeit auf den Zustand seiner Hände, deren Dorsalseiten tief purpurblau gefärbt waren, aber keine wesentliche Schwellung oder Verdickung der Haut aufwiesen. Die Haut zeigte vielmehr eine allgemeine senile Atrophie. Die Affektion war auf die Rückseite der Hand allein mit Ausschlufs der Finger beschränkt, ein Umstand, der an sich schon genügt, um das Leiden etwa von der Raynaudschen Krankheit zu unterscheiden. Sodann zeigte er mir seine Fufsgelenke, an denen die Verhältnisse etwas andre waren. Die Haut war daselbst erheblich verdickt und brettartig hart anzufühlen. Die ganze Vorderfläche der Fufsgelenke und die dorsale Fläche der Füfse waren befallen, aber die Verdickungsgebiete, welche in Streifen von unten bis oben verliefen, waren etwas unregelmäfsig verteilt. Nachdem ich ihn sich hatte ausziehen lassen, fand ich, dafs die Streckseiten der Ellbogen, die Vorderflächen der Handgelenke und die Vorder- und Rückseite der Kniee in ähnlicher Weise wie die Vorderfläche der Enkel affiziert waren. So war die Haut und gleichzeitig das subkutane Zellgewebe hart, dick und

brettartig und von dunkler Farbe geworden. Die Grenzen der verhärteten Stellen waren wenig scharf markiert. Eine sehr merkwürdige Erscheinung, welche an verschiedenen Stellen, am ausgesprochensten aber in der Nähe der Ellbogen zu beobachten war, bot das Vorhandensein kleiner Stränge wie verhärtete Lymphbahnen oder kleine Venen, welche von den erkrankten Stellen sich nach aufwärts erstreckten. Die beschriebenen Veränderungen fanden sich völlig symmetrisch vor, doch waren die rechte Hand und das rechte Bein intensiver befallen als die linken Extremitäten. Die Angabe, dafs die Finger nicht befallen waren, erleidet insofern eine Ausnahme, als der rechte Ringfinger in ähnlicher Weise wie die Hand von purpurblauer Farbe war. Patient glaubte die Affektion auf ein vor zehn Jahren erlittenes Trauma zurückführen zu müssen. Rumpf, Gesicht und Kopf waren vollständig frei; die Störungen waren ausschliefslich auf die Extremitäten beschränkt. Zur Vervollständigung mufs noch erwähnt werden, dafs an verschiedenen Stellen neben den verhärteten Gebieten sich fleckenweise variköse Venen vorfanden, welche sehr in die Augen fielen.

Über den ersten Anfang der Krankheit gab Herr B. an, dafs er zuerst eine dunkle Färbung an der rechten Hand wahrgenommen habe, und habe er diese Veränderung mit einer wenige Jahre vorher erlittenen Verletzung in Zusammenhang gebracht. Dieses Trauma war eine tiefe Schnittwunde durch eine Häckselmaschine gewesen; es waren Knochen und Gelenk getroffen worden, und eine Ankylose war die Folge gewesen. Die bläuliche Färbung der rechten Hand war derjenigen der linken um einige Jahre vorangegangen. Ähnliches gilt auch für das rechte Bein, bei dem er das Entstehen des Hautleidens auf eine Inzisionswunde zurückführte. Die durch diesen Schnitt herbeigeführte Narbe befand sich in der Nähe eines Verhärtungsgebietes, ohne jedoch thatsächlich in dasselbe hineingezogen zu sein.

Eine genaue Untersuchung liefs keine Anzeichen einer Erkrankung weder des Herzens noch der Arterien erkennen, und, abgesehen von der nicht unbeträchtlichen Belästigung infolge des Zustands seiner Haut, schien Patient sich bei guter Gesundheit zu befinden. Es ist zu erwähnen, dafs diese Verhältnisse sich

langsam weiter entwickelt und im Laufe von drei bis fünf Jahren von einem Teil des Körpers auf den andern übertragen hatten; wie gesagt, hatte die Verletzung mit der Häckselmaschine vor nunmehr zehn Jahren stattgehabt.

Ich würde vorläufig nicht geneigt sein, dieser eigentümlichen Erkrankung einen definitiven Namen beizulegen, noch möchte ich über deren Wesen eine bestimmte Meinung äufsern. Wenn ich jedoch versuchsweise eine etwas theoretisierende Äufserung wagen darf, so wäre das ungefähr folgendermafsen:

Vermutlich ist die Angabe des Patienten richtig, indem thatsächlich die Handverletzung den Ausgangspunkt der Krankheit bildet, und dieselbe durch die Verwundung an der unteren Extremität einen neuen Impuls erhielt. Als eine Folge des Traumas trat ein lokaler Entzündungsprozefs ein, welcher hauptsächlich längs den kleinen Venen sich erstreckte und zu deren dauernder Erweiterung führte. Zusammen mit dieser Entzündung wurde auch eine infektiöse Materie gebildet, welche nach dem bei solchen Fällen allgemein gültigem Gesetz an genau der entsprechenden Stelle des Gliedes der andren Seite den besten Entwickelungsort fand. Während also nur die Hand und das Bein der rechten Seite verletzt worden waren, wurden nicht nur diese verletzten Extremitäten affiziert (durch unmittelbare Infektion), sondern auch die entsprechenden Stellen auf der andren Seite (durch übertragene Keime) befallen. In jedem Fall litten die sekundär befallenen Teile weniger intensiv als die zuerst ergriffenen Partien.

Vor einigen Jahren stellte ich eine ganz ähnliche Theorie zur Erklärung der Entstehungsweise der symmetrischen Augenentzündung auf, welche ich darauf zurückführte, dafs die durch primäre Ophthalmitis entstehenden Entzündungsprodukte durch das Blut fortgeschwemmt und mit Vorliebe an der genau entsprechenden Stelle der andren Seite, also an dem andren Augapfel, sich absetzen und weiter entwickeln. Ich glaube, dafs durch dieses Gesetz der Auswahl nach Vorliebe eine befriedigende Erklärung für viele Erkrankungsformen, bei denen in späteren Stadien eine doppelseitige Symmetrie sich entwickelt, geboten ist. Bei dem vorliegenden Fall wolle man sich auch gegenwärtig

halten, dafs die Haut in der Nähe der Verletzungen viel früher befallen war als die entsprechenden Partien der andren Seite. Die brettartige Induration einzelner Hautteile war zweifelsohne durch eine Art von entzündlichem Wachstum, das beinahe an den Typus des Keloids erinnerte, hervorgerufen, und anderseits habe ich speziell hervorgehoben, dafs verschiedene Umstände auf ein besonderes Befallensein der kleinen Hautvenen hindeuteten.

Lassen wir nun die Theorie gelten, dafs die eigentümlichen Veränderungen, welche ich in obigem beschrieben habe, thatsächlich auf traumatischer Basis beruhten, so scheint es ein nicht unwesentlicher Umstand zu sein, dafs auch die übrigen mitgeteilten Fälle männliche Individuen betrafen, wodurch eine gewisse Berechtigung gegeben zu sein scheint für die Annahme, dafs bei einer der Wirklichkeit entsprechenden Darstellung der Krankengeschichte ein lokales Trauma als Ausgangspunkt des Leidens stets nachzuweisen gewesen wäre.

Bei sorgfältiger Durchsicht der in den *Illustrations of Clinical Surgery* gegebenen Schilderung meines ersten Falles wird sich der Leser, wie ich denke, überzeugen, dafs derselbe im wesentlichen genau dem vorliegenden Leiden entspricht. Denn bei beiden fing die Krankheit als eine lokale Affektion an, wurde bei beiden allmählich zu einer Allgemeinerkrankung, und es pafst dieselbe Theorie für die Erklärung der Art und Weise der Ausbreitung ebenfalls für beide Fälle. Ferner standen beide Patienten im Anfang des Greisenalters. Allerdings ist der zweite Fall der bei weitem intensivere, wenigstens was die Ausdehnung der Hautaffektion und die Neigung zur keloidartigen Induration an vielen Stellen anbelangt. Es ist keineswegs unwahrscheinlich, dafs eine noch genauere Übereinstimmung zu konstatieren sein würde, wenn es mir vergönnt gewesen wäre, den Zustand des Patienten einige Zeit später genauer zu beobachten. Ich hatte ihn ja, wie gesagt, während der letzten fünf Jahre seines Lebens nicht zu sehen bekommen, und konnte am Ende dieser Zeit konstatieren, dafs das Leiden erheblich fortgeschritten war. Die im wesentlichen entzündliche Natur der Störung war durch den Umstand erwiesen, dafs die Flecke deutlich ödematös waren, und bei festerem Druck eine Delle zurückblieb. Bei dem zweiten Fall

ist die Induration als erheblicher und mehr brettartig geschildert worden, doch darf nicht vergessen werden, dafs an einzelnen Stellen sich gar keine Verhärtung vorfand, sondern lediglich die mehr oder weniger scharf umschriebene purpurblaue Verfärbung. Diese Färbung, welche bei beiden das hervorstechendste Merkmal der Krankheit bildete, war mit Gewifsheit hauptsächlich auf nervöse Hyperämie zu beziehen.

Obgleich ich noch die zwei andern Fälle, welche einigermafsen ähnliche Erscheinungen, bei dem einen an der Hand, bei dem andren am Fufs darboten, herangezogen habe, dürfte es doch vielleicht gut sein, dieselben auszuschneiden, da ihr Zusammenhang mit den andern nicht zu beweisen ist. Namentlich ist bei keinem derselben irgend eine Neigung der Erkrankung, sich allgemeiner auszubreiten, wahrzunehmen gewesen.

Es gibt nun noch gewisse andre Fälle, welche hierbei vielleicht Erwähnung verdienen, da sie möglicherweise zu der besprochenen Affektion Beziehung haben. Ich meine damit jene indurierten Flecke, welche an den Gelenken der untern Extremitäten gewöhnlich bei älteren Individuen sich entwickeln und eine etwas rauhe Oberfläche von leicht papillärem Bau und meistens grofser Empfindlichkeit darbieten. Dieselben bleiben sehr lange bestehen und dehnen sich allmählich am Rande aus. Ich bin überzeugt, dafs diese somit beschriebenen Flecke, welche sicherlich allen Dermatologen wohl bekannt sein müssen, oft durch irgend einen geringen lokalen Reiz hervorgerufen werden. Eine Symmetrie in bezug auf die beiden Beine habe ich zwar manchmal sich entwickeln sehen, doch kann ich mich nicht entsinnen, ein auf Blutvergiftung hindeutendes Auftreten derselben an andern Körperteilen beobachtet zu haben.

Zum Schlufs dieser Abhandlung möchte ich noch erwähnen, dafs es mir nicht gelungen ist, in irgend einem unsrer Atlanten oder andrem dermatologischen Werke eine Abbildung der Beschreibung, welche auf den von meinen Patienten dargebotenen Zustand gepafst hätte, zu finden. Was demselben am nächten kommt, ist die mit dem Namen Sarcoma melanodes bezeichnete Affektion in Hebras *Atlas*. Heft 10. Taf. IX. Wenn also irgend einer meiner Leser mir Angaben über Beschreibungen von ähn-

lichen Zuständen nachweisen könnte, so würde ich für deren Zustellung zu Dank verpflichtet sein. Ich halte die Ähnlichkeit zwischen Hebras Abbildungen und den meinigen für durchaus nichts mehr als eine nur oberflächliche. Wenn aber sein Fall wirklich Melanosis war, so ist es sehr merkwürdig, dafs beide Hände mit fast absoluter Symmetrie befallen gewesen sein sollten.

Fall von Diabetes mellitus,

bei welchem eine aus breiten Papeln und Knötchen bestehende Hautaffektion (? Lichen diabeticus) von ähnlicher Beschaffenheit wie die als Xanthoma diabeticorum beschriebene Form, aber ohne Pigmentierung auftrat.

Von

Thomas Barlow M. D. F. R. C. P.

Vor kurzem wurde ich von einem 26jährigen Herrn wegen Diabetes mellitus konsultiert. Die Diagnose war 18 Monate zuvor von seinem Hausarzt gestellt worden, und die Behandlung hatte seitdem in einer mehr oder weniger beschränkten Diät und der Darreichung verschiedener Medikamente bestanden. Wie so oft der Fall, hatte der Zustand in der ersten Zeit sich durch die diätetischen Mafsregeln in auffälliger Weise gebessert, doch hatte sich später, trotzdem die gelassene Urinmenge nicht wieder so erheblich anstieg wie im Anfang der Krankheit, der Allgemeinzustand rapide verschlimmert, und der auffällig blasse Patient war so abgemagert und hinfällig geworden, dafs es ihm schon Ermüdung verursachte über die Strafse zu gehen.

Die von mir untersuchte Urinprobe hatte ein spezifisches Gewicht von 1028 und gab beim Kochen mit Fehlingscher Lösung einen mäfsig reichlichen Niederschlag von gelbem Kupferoxyd. Die Gesamtmenge des gelassenen Urins war nicht genauer gemessen worden, doch wurde dieselbe, so weit ich mich erinnere, auf ca. 2 Liter geschätzt. Die Abmagerung und Schwäche schienen in keinem rechten Verhältnis zu der Art und Menge

des Urins zu stehen. Die Nachmittagstemperatur erreichte fast 38 ° C., aber Pat. hatte keinen Husten, und ich konnte keine Anzeichen von Lungenerkrankung oder irgend einem andren organischen Leiden nachweisen. Besonders möchte ich hervorgehoben haben, dafs kein Ikterus vorhanden war, und dafs die Leber keine nachweisliche Vergröfserung erkennen liefs. Pat. klagte hauptsächlich über Schwäche, etwas gastrische Beschwerden, mäfsigen Durst, Obstipation und namentlich bedeutende Belästigung infolge einer chronischen Otorrhö. Das meiste Interesse vom klinischen Standpunkt gewährte die Hautaffektion, welcher er selber nur wenig Beachtung schenkte, da er durch dieselbe nur in sehr geringem Mafse inkommodiert wurde. Die Cutis war, wenn auch trocken, doch nicht so rauh und uneben, wie es oft bei vorgeschrittenem Diabetes beobachtet wird; auf der rechten Schulter und den Nates fanden sich zwei oder drei Furunkel, doch zeigten dieselben keine Neigung zum Gangränescieren und belästigten Pat. nur in so fern, als sie ihm das Sitzen ein wenig erschwerten.

Dagegen bot die Haut der Bauchwand, der Vorder- und Seitenflächen des Thorax und auch des Rückens eine Anzahl breiter, abgeflachter Papeln und Knötchen dar. Am zahlreichsten fanden sie sich zu beiden Seiten des Sternums vor. Die Gröfse entsprach im Durchschnitt einer halben Erbse, doch erreichten einige derselben einen Durchmesser von einem drittel Zoll. Diese Gebilde waren rund, scharf umschrieben und nur sehr wenig über das Niveau der Haut hervorragend; sie waren, genau gesagt, wie feste, massive, in die eigentliche Haut eingelassene Scheibchen ohne Verbindung mit dem tieferen Gewebe, so dafs man sie mit der Haut in einer Falte zusammenkneifen konnte, doch war es nicht möglich die Haut über sie hinwegzurollen. In der Umgebung fanden sich keine erweiterten Blutgefäfse, noch irgend welche andern Anzeichen von Entzündung; auch war an keiner der Stellen, so weit ich sehen konnte, irgend eine Zentralzone der Bläschen zu finden.

Die Farbe der Haut über den Stellen war völlig unverändert. Die Läsionen waren von keinerlei Schmerz oder Reizung begleitet; doch habe ich leider versäumt eine

genauere Prüfung auf Anästhesie vorzunehmen. Die Lymphdrüsen der Achselhöhle und auch an andren Teilen des Körpers waren in normalem Zustand.

Patient teilte mir mit, dafs die somit beschriebenen Stellen vor ungefähr zwei Jahren sich zu zeigen begonnen hätten, d. h. sechs Monate, ehe es entdeckt wurde, dafs er an Diabetes leide. Er war ganz sicher, dafs viele derartige Stellen zum Vorschein gekommen, gewachsen und, nachdem sie einige Zeit bestanden hätten, wieder verschwunden seien. (Es erschien mir nicht unwahrscheinlich, dafs die Affektion zur Zeit, als ich den Patienten sah, sich in einer stationären Phase befand; namentlich mufs hervorgehoben werden, dafs sich keine ganz kleinen Papeln vorfanden.) Patient behauptete mit aller Bestimmtheit, dafs keiner der Knoten jemals in Eiterung übergegangen wäre. Ich fragte auch besonders danach, ob es möglich wäre, dafs die vorhandenen Furunkel sich aus diesen Läsionen entwickelt haben könnten, doch gab er mit aller Bestimmtheit an, dafs dem nicht so sei. Hierüber konnten aber seine Angaben nicht ganz mafsgebend sein, da die Furunkel auf den Rücken beschränkt waren.

Ich mufs noch erwähnen, dafs die beschriebenen Formationen weder auf den Extremitäten noch dem Gesicht oder im Munde zu finden waren, und namentlich dafs die Augenlider keine Hautaffektion darboten. Ferner ist hervorzuheben, dafs ich keine abnormen Pigmentablagerungen an irgend einem Körperteil nachweisen konnte.

Es war mir keine Gelegenheit geboten, den Verlauf dieses Falles weiter zu beobachten, da der Herr eben im Begriff war aufs Land zu ziehen. Auch habe ich seitdem nichts weiter über ihn erfahren.

Epikrise: In der Abhandlung von Addison und Gull[1] über Vitiligordea findet sich der Fall eines gewissen John Sheriff, der sich von den andern durch verschiedene wichtige Merkmale unterscheidet. Patient war Diabetiker, hatte niemals an Ikterus gelitten und zeigte „auf Armen, Beinen, Rumpf,

[1] Abgedruckt in dem Werk der Sydenham Society. Addisons *Werke*. pag. 160.

Gesicht und Kopfschwarte einen Ausschlag, welcher zunächst an Lichen erinnerte." „Derselbe bestand aus verstreuten Knötchen verschiedener Gröfse, von denen einige so grofs wie eine kleine Erbse waren, und aus glänzenden, farblosen Papeln."

„Einige derselben konfluierten, andre wieder sahen aus, als ob sie im Begriff wären zu vereitern, und viele waren dem gewöhnlichen Molluscum nicht unähnlich, beim Inzidieren mit der Lanzette zeigte es sich aber, dafs sie aus festem Gewebe bestanden, welches auf Druck keine andre Flüssigkeit als Blut entleerte." „Sie waren von gelblicher Farbe mit einer Zeichnung von ziemlich tiefem Rosa mit hier und dort verstreuter und über sie verzweigten Venen." „Der Ausschlag blieb beinahe stationär von Ende Januar bis Anfang März, worauf viele der Knötchen zu verschwinden anfingen ohne erkennbare Veränderungen im Gewebe der Haut zurückzulassen."

In den *Pathological Transactions* von 1866, pag. 414, beschreibt Bristowe unter der Bezeichnung einer seltenen Form des Keloids einen bei einem Diabetiker beobachteten Fall derselben Art. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dafs diese Abnormitäten aus dichtem faserigen Gewebe mit verschieden grofsen Ölkügelchen bestanden. Schliefslich ist zu erwähnen, dafs Malcolm Morris unter dem Namen „Fall von sogenanntem Xanthoma tuberosum" (*Path. Trans.* 1883. pag. 278) eine sehr vollständige Beschreibung eines weiteren Falles dieser Art bei einem diabetischen Kranken nebst einer Besprechung des ganzen Gegenstandes gegeben hat. In letzterem Fall fanden sich neben Papeln und Knötchen auf den Extremitäten und dem Rumpfe auch kleine Papeln auf der Zunge und Mundschleimhaut. Von den gröfseren Hautknoten heifst es, dafs dieselben in der Mitte blafs rehbraun gefärbt und mit einer rosaroten Randzone versehen gewesen seien; dabei ragten sie nur wenig über die umgebende Haut hervor. Es bestand kein Jucken, aber bei Druck war die Haut der Hände etwas empfindlich, und es wurde späterhin über Schmerzhaftigkeit und Taubheit in beiden unteren Extremitäten und auch auf der Dorsalseite der Handgelenke und Metakarpen geklagt. In späteren Stadien kamen auch im Gesicht Papeln zum Vorschein, doch blieben die Augen-

lider vollständig frei davon. Beim Inzidieren erwiesen sich die Knötchen als von festem Bau; es wurde dabei nur Blut entleert, kein Eiter oder ölige Materie. Mikroskopische Schnitte eines ausgeschnittenen Knotens zeigten, dafs die Geschwulst aus kleinen, im Korium gelegenen, aus ovalen spindelförmigen Zellen bestehenden Knötchen, welche von einem etwas faserigen bindegewebigen Stroma umgeben waren, zusammengesetzt war. Die zentralen Teile der älteren und weiter ausgebildeten Knötchen waren von granuliertem Aussehen, als ob sie schon degeneriert wären. Die Epidermis und die Papillarschicht waren nicht affiziert. Es scheint keine Ablagerung von Pigment, Fett oder Cholesterin in den von der Geschwulst angefertigten Schnitten vorhanden gewesen zu sein.

Bei Morris' Fall sowie bei den vorher erwähnten trat an vielen der Neubildungen später spontane Involution ein. Zu den obigen Fällen können wir noch zwei unpublizierte Fälle von Dr. Cavafy und Dr. Colcott Fox, auf welche sich Dr. Crocker in seinem jüngst erschienenen Werke über „Erkrankungen der Haut" bezieht, und einen weiteren von Gendre in seiner Dissertation über Xanthelasma beschriebenen Fall hinzuzählen.

Wir können also demnach als erwiesen betrachten, dafs in einigen Fällen von Diabetes mellitus eine definitive Hautkrankheit auftritt, welche einige Ähnlichkeit mit gewöhnlichem Xanthelasma darbietet, jedoch auch durch verschiedene hervorragende Merkmale sich von demselben unterscheidet.

Als die wesentlichsten Unterschiede werden von Dres. Crocker und Sangster in ihrem gemeinsamen Bericht[2] über die von Morris u. a. beschriebenen Fälle die folgenden Eigenschaften hervorgehoben: die Plötzlichkeit der Entwickelung und Rückbildung des Ausschlags; die Festigkeit und Derbheit der Gebilde gegenüber der weichen Textur des wahren Xanthelasma; der Umstand, dafs nur einige dieser Neubildungen gelb gefärbt sind und von diesen nur die oberste Kuppe, während beim Xanthelasma die Gebilde sämtlich in ihrem ganzen Bau eine mehr oder

[2] *Path. Trans.* 1883. pag. 284.

weniger intensive Gelbfärbung aufweisen; dafs bei der in Frage stehenden Affektion sich keine Flecke oder Striae, wie sie gewöhnlich bei wirklichem Xanthelasma beobachtet werden, vorfinden; dafs bei unseren Fällen kein Ikterus mit im Spiel ist; dafs auch die mikroskopischen Verhältnisse, soweit sie bisher haben untersucht werden können, in einigen Beziehungen von denen des Xanthelasma abweichen; und endlich möchte ich den von andern Autoren hervorgehobenen Unterschied noch anführen, dafs nämlich die Augenlider keinen Boden für die Entwickelung dieser Krankheit abgeben, wodurch allein ein wesentlicher Gegensatz zum wahren Xanthelasma gegeben ist.

Seit der Veröffentlichung seines Berichts hat Dr. Crocker in seinem neuesten Werk über Hautkrankheiten[3] diesen Zustand unter dem Namen Xanthoma diabeticorum wieder beschrieben.

Welcher Zusammenhang besteht nun zwischen meinem eben beschriebenen Fall und dieser Gruppe, deren Eigenschaften soeben im Auszug genannt worden sind? Ich möchte die Behauptung aufstellen, dafs 1. die Hautaffektion bei meinem Fall trotz des Fehlens von gelbem Pigment wahrscheinlich zu dieser unter dem Namen Xanthoma diabeticorum beschriebenen Gruppe gehört, dafs 2. die Anwesenheit der Gelbfärbung dabei zufällig und nichts Wesentliches ist; und dafs 3. die Bezeichnung Xanthoma auf diese Gruppe anzuwenden nicht gerechtfertigt ist.

Zur Bekräftigung der These 1 genügt es schon auf die Punkte, welche dem Wesen meines Falles und der genannten Gruppe gemein sind, aufmerksam gemacht zu haben. Dieselben sind: a. der beiden gemeinsame Diabetes mellitus, und b. die Art der Hautläsion, welche aus breiten Papeln und Knötchen bestand; dieselben waren in der Haut selbst lokalisiert, waren rund, zirkumskript, nur wenig prominent, von fester, derber Konsistenz, entwickelten sich schubweise, liefsen an einzelnen Knötchen eine Gröfsenzunahme erkennen, blieben eine Zeitlang stationär und verschwanden dann wieder ohne einen nachweislichen Nachteil für die Haut zurückzulassen. Allerdings mufs

[3] *Diseases of the skin.* 1888. pag. 384.

zugegeben werden, dafs geringe Abweichungen in bezug auf die Verteilung der Affektion über die Haut bei meinem Fall gegenüber derjenigen der andern Fälle bestanden; indes zeigten letztere auch unter sich in dieser Beziehung bedeutende Unterschiede. Ferner könnte eingewendet werden, dafs bei meinem Kranken sich keine Gefäfserweiterungen in der Umgebung der Knötchen entdecken liefs; doch kann dieses nicht als ein durchweg konstantes Merkmal angesehen werden, da das Vorkommen derselben auch nur bei zweien der andern Fälle erwähnt wird. Ich habe überdies den Eindruck gewonnen, dafs mein Fall sich gerade im stationären Stadium befand, zu welcher Zeit wahrscheinlich überhaupt die Gefäfsentwickelung nicht so reichlich vorhanden sein würde. Auch habe ich freilich keine Sensibilitätsstörungen bei meinem Falle nachweisen können; doch scheint auch bei den drei Fällen, welche solche Anomalien darboten, ihr Zusammenhang mit der Grundkrankheit kein sehr intimer gewesen zu sein.[4] Ein wirklich wesentlicher Unterschied zwischen meinem Fall und der ganzen Gruppe der andern mitgeteilten Krankengeschichten liegt eigentlich nur in dem Fehlen der gelben Pigmentierung.

Ich darf wohl hier Gelegenheit nehmen meine bisherigen Auslassungen durch eine kurze Mitteilung zu ergänzen, indem ich einen Fall anführe, dem ich aber, weil unvollständig beobachtet, nicht mehr Wert beigelegt haben will als ihm zukommt.

Ein Mann in mittlerem Lebensalter lag vor mehreren Jahren auf meiner Abteilung im University Hospital einige Tage bis zu seinem an Diabetes und chronischer Tuberkulosis erfolgten Tode. Derselbe zeigte ausgedehnte dunkle Pigmentablagerungen in der Haut der Bauchwand und an andern Teilen des Körpers, doch waren keine gelben Pigmentflecke zu finden. Auf der einen oder beiden oberen Extremitäten safsen ein paar abgeplattete Hautknötchen, welche mir damals viel Kopfzerbrechen verursachten, die ich aber jetzt für gleichartig mit den eben besprochenen Läsionen halte.

---

[4] Dürfte es nicht möglich sein, dafs die sensiblen Störungen auf konkomitierender peripherer Neuritis kleiner Nervenzweige beruht haben könnten? Vide namentlich den Fall von Morris.

2. Zur Bekräftigung der Anschauung, daſs das Vorhandensein gelben Pigments bei den in Frage stehenden Fällen nur zufällig und unwesentlich ist, möchte ich hervorheben, daſs bei dem ersten von ADDISON und GULL mitgeteilten Falle die Hautanomalien von verschiedener Gröſse waren, und daſs unter einer Gruppe solcher Stellen sich auch einige „glänzende, farblose Papeln“ (pag. 282, Sydenham Society's Vol., ADDISONS *Works*) fanden.

So finde ich auch bei MORRIS' Fall in der von HUTCHINSON angefügten Nachschrift, daſs bei einer späteren Untersuchung des Patienten sich an einer Anzahl von Stellen bei Dehnung der Haut zwar eine deutliche Gelbfärbung erkennen lieſs, dagegen bei den auf dem andren Knie lokalisierten ähnlichen Stellen sich durchaus nichts Gelbes vorfand, und auch von den auf den Spitzen der Ellbogen gelegenen Stellen keine wirklich gelb zu nennen waren. (*Path. Trans.* 1883. pag. 286.)

Es würde von Interesse sein zu erfahren, ob bei MORRIS' Fall in den Anfangsstadien des Ausschlags die Papeln wie bei dem oben angeführten Fall von ADDISON und GULL pigmentfrei gewesen waren und ferner, ob die Flecke auf der Zunge unpigmentiert waren.

Desgleichen ist es wichtig hierbei noch einmal auf das Fehlen von Pigment in den mikroskopischen Schnitten der von MORRIS entfernten Geschwulst zurückzukommen und die von Dr. CROCKER geäuſserte Erklärung, daſs das Pigment infolge seiner Lokalisation in den oberflächlichsten Schichten beim Präparieren verloren gegangen sein könne, zu erwähnen.

So viel wird aber jedenfalls zugegeben werden, daſs gelbe Pigmentierung nicht in allen Stadien des Leidens vorhanden ist; daſs ferner zur selben Zeit sich an einigen Stellen deutlich erkennbare Pigmentierung vorfindet, während dieselbe an andern fehlt; und endlich daſs, wo das Pigment vorhanden ist, es nicht durch die ganzen Gebilde gleichmäſsig verteilt ist.

3. Es dürfte nunmehr die einfache Frage aufgeworfen werden: ist durch die bloſse Anwesenheit von gelbem Pigment, noch dazu in der ziemlich spärlichen und oberflächlichen Verteilung, wie dies bei der in Rede stehenden Gruppe von Fällen

beschrieben ist, die Berechtigung gegeben, den Namen Xanthoma auf dieselben anzuwenden?

Wenn dem so ist, dann gibt es auch andre ganz scharf gekennzeichnete Fälle, welche ebenfalls diesen Namen beanspruchen können. Ich erinnere an die kleinen isolierten, kongenitalen, wenig über das Niveau hervorragenden Flecke von haarloser, glatter, gelber Haut, wie man sie in der Kopfschwarte zuweilen antrifft. Beispiele dieses eigentümlichen, angeborenen Zustands habe ich unter andern bei zwei völlig gesunden Kindern gesehen, doch ist es mir bei dem Fehlen irgend welcher andern klinischen Anzeichen des Leidens niemals eingefallen, dafs solchen Naturspielen die Bezeichnung Xanthoma zukommen könnte.

Ohne allzu kühn sein zu wollen, möchte ich mich dahin äufsern, dafs der Ausdruck Xanthoma diabeticorum in der medizinischen Nosologie kaum gerechtfertigt erscheint; dafs der provisorische Name Lichen diabeticus, den Dres. Crocker und Sangster in ihrem Bericht versuchsweise vorschlagen, demselben vorzuziehen ist; dafs dieser Ausdruck zur Bezeichnung einer besonderen Art von papulöser Erkrankung der Haut, die bei Diabetes mellitus vorkommt, gelten darf; dafs diese Erkrankung manchmal mit, manchmal ohne Pigmentierung einhergeht, dagegen als konstante Eigenschaften das schubweise Auftreten, allmähliches Wachsen, zeitweiliges Bestehenbleiben und schliefsliche spontane Involution zu eigen hat.

Über Heilung eines Falles von Lepra nach der Unnaschen Methode.

Von

Dr. Dreckmann
in Vienenburg.

Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilidologie auf der 61. Naturforscherversammlung in Köln a. Rh.

Durch Vermittelung eines Bekannten, der nach Brasilien ausgewandert war, wurde mir im November vorigen Jahres ein

Leprakranker zugeführt, der in seiner Heimat gegen seine Krankheit bereits alle erdenklichen, zum Teil Grauen erregenden Kuren, ohne irgend welchen Erfolg, durchgemacht hatte und nun einen letzten Rettungsversuch in Deutschland machen wollte. Da der Kranke bezüglich der Aussicht auf Heilung von mir direkte Erklärungen verlangte, bat ich mir einige Tage Bedenkzeit aus und liefs mir während dieser Zeit von den bekanntesten Buchhandlungen alle nur existierende Lepralitteratur kommen, um mich nach jeder Richtung hin genau zu orientieren. Was ich da zugeschickt erhielt, war so wenig Tröstliches, die Angaben über Heilerfolge so unsicher und verdächtig, dafs ich schon halb entschlossen war, die Behandlung des Kranken garnicht zu übernehmen, als ich von URBAN & SCHWARZENBERG ein kleines Heftchen erhielt, das einen Separatabdruck aus UNNAS *Monatsheften* darstellte, worin UNNA die Krankengeschichte eines Leprösen mitteilt, den er nach einer bis dahin gänzlich unbekannten Methode behandelt und schon nach einigen Monaten geheilt entlassen hatte. Auf meine sofortige schriftliche Anfrage war Herr Dr. UNNA so liebenswürdig, mir nicht nur den obigen Fall zu bestätigen, sondern auch noch drei weitere ebenso erfolgreiche Fälle mitzuteilen.

Ich suchte daraufhin UNNA noch persönlich auf, und war derselbe auch noch in dankenswerter Weise bereit, mir zahlreiche praktische Winke und Ratschläge zu erteilen. Nunmehr beschlofs ich, meinem Patienten gegenüber mich zu der Übernahme seiner Behandlung bereit zu erklären und ihm seine Heilung, natürlich unter Vorbehalt, in Aussicht zu stellen.

Patient ist ein Mann von 42 Jahren, grofs, schlank, von selten schönem Körperbau, ungewöhnlich intelligent und zu allem entschlossen, was von ihm verlangt wird, wenn er nur geheilt wird. Er erzählt bezüglich seiner Familie, dafs seine 38jährige Frau seit 18 Jahren leprös (Lepra mutilans), dafs der Bruder seiner Frau ebenfalls seit 20 Jahren krank, dafs seine 4 Kinder im Alter von 15—21 Jahren blühend gesund sind, und dafs er selbst seit 4 Jahren mit seiner jetzigen Krankheit behaftet ist. Die seinerseitige Familie, Eltern und 6 Brüder, allesamt im selbigen Distrikt wohnhaft, sind durchaus gesund.

Er selbst ist überzeugt, die Krankheit durch Ansteckung von seiner Frau erhalten zu haben. Seine Krankheit begann damit, daſs seine Füſse anfingen trocken, kalt und gefühllos zu werden, sich dann dunkel färbten, und daſs dann dieselben Symptome successive an den Händen, Waden und Vorderarmen auftraten. Ich will Sie nun nicht lange aufhalten mit der Schilderung der einzelnen Krankheitsformen, welche der Kranke bei der ersten Untersuchung darbot, sondern nur kurz folgendes erwähnen. Neben den gewöhnlichen zahllosen Knoten, Knötchen und Infiltrationen der Haut etc., den verfärbten Stellen derselben, war besonders auffallend die totale Gefühllosigkeit der Hände, Füſse und der Waden. Ich konnte an diesen Stellen eine Nadel nach Belieben tief einstoſsen, ohne daſs Patient das geringste verspürte. Dementsprechend war Patient kaum imstande, ein Bierglas zu halten, die Gabel zu führen, und sein Gang vollends war geradezu jammervoll; er ging nicht aufrecht, er kroch auf allen Vieren die Treppe hinauf, schleppte die Füſse über den Boden nach und war nicht imstande, mit geschlossenen Füſsen stehen zu bleiben.

Die Schleimhauterkrankungen bestanden in Schwellung der Conjunctiva, einem sezernierenden Geschwür der Nasenscheidewand, welches diese durchlöchert hatte, weiſslicher Verfärbung der hintern Kehlkopfwand, Verdickung des linken Stimmbandes, einem stecknadelkopfgroſsen Knötchen an der Spitze des Kehldeckels, und in derben höckerigen Infiltraten auf beiden Tonsillen.

Therapie: Die Behandlung begann nun sofort, nachdem ich den Patienten bei mir selbst im Hause einquartiert hatte, ganz nach Unnas Prinzip und Vorschlägen am 6. Dezember folgendermaſsen:

Beide Unterschenkel und Füſse, sowie beide Vorderarme und Hände werden mit 10 % Pyrogallussalbe, der ganze übrige Körper mit 10 % Chrysarobinsalbe zweimal täglich mittels eines starren Borstenpinsels oder einer Zahnbürste eingepinselt. Das Gesicht mit Ausnahme des Bezirks des Unterkiefers wird mit starkem Salicyl-Kreosotpflastermull einmal täglich belegt und dieser mit Zinkleim überstrichen. Dieses Verfahren ist, kann ich wohl sagen, die Seele des Ganzen und in seinen Grundzügen

dasselbe geblieben bis zum Schluſs, allerdings mit mannigfaltigen Abänderungen und Experimenten. Um die wichtigsten zu erwähnen, wurden Versuche angestellt mit stärkeren Salben, beim Pyrogallol bis zu 15 %, beim Chrysarobin sogar bis zu 25 % Salben. Beim Pyrogallol rächte sich dieser Versuch schon nach 2—3maligem Gebrauch der Salbe fast regelmäſsig durch eine Pyrogallolvergiftung. Das Chrysarobin, das entschieden unschuldiger war, rief nur eine erhöhte Reizbarkeit der Haut hervor. In beiden Fällen wurde dann die Behandlung auf 1—2 Tage unterbrochen, und trat die entsprechende Behandlung dieser Zustände ein.

Will man die Intensität der Behandlung vermehren, so sind zu dem Zwecke die Unnaschen Pflastermulle sehr zu empfehlen. Manche Knoten, besonders auf dem Handrücken, welche von den Salben sozusagen garnicht alteriert wurden, verschwanden nach 2—3maligem Gebrauch des Pflasters.

Einen Knoten im Ohrläppchen von der Gröſse einer Erbse, der unzweifelhaft leproser Natur war, brachte ich durch Einwickeln der ganzen Ohrmuschel in Chrysarobinpflaster in einer einzigen Nacht auf Nimmerwiedersehen zum Verschwinden. Da mir dieses Resultat selber sehr auffiel, lieſs ich von da ab dieses Ohr ohne jegliche Behandlung, um zu sehen, ob der Knoten nicht etwa in dieser oder jener Form wiederkehre. Es zeigte sich aber niemals wieder irgend welche Erkrankung.

Ich habe thatsächlich die hartnäckigsten Indurationen der Haut schlieſslich durch Pflaster zum Verschwinden gebracht. Die Pyrogallolpflaster haben bezüglich ihrer Wirksamkeit vor den Chrysarobinpflastern den Vorzug.

Einzelne Knoten, die besonders günstig liegen, so zwar, daſs man sie mit den Fingern sozusagen umfassen kann, schält man zweckmäſsig einfach mit dem Messer heraus, die Operationswunden heilen vortrefflich, und ich habe an keiner einzigen Stelle eine Wiederkehr der Verhärtung bemerkt. Ich will nämlich nicht unterlassen zu bemerken, daſs es mir einigemale passiert ist, daſs ein Knoten, den ich mit einem Pflaster belegt hatte, am folgenden Tage an dieser Stelle verschwunden war, aber in allerdings etwas verbreiterter und erweichter Form gerade daneben saſs.

Deswegen darf man niemals die Allgemeinbehandlung aussetzen, so lange auch nur noch ein einziger Knoten irgendwo zu finden ist.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Behandlung des Gesichtes; die bekannte Facies leonina mit ihrem düstern, häfslichen, furchterregenden Ausdruck mufs unbedingt verbessert werden, nicht blofs, weil sie eine Krankheitsform ist, sondern auch, weil die Kranken selbst darauf besonderes Gewicht legen, dafs man sie nicht mehr gleich auf den ersten Blick als Lepröse, als Lazaruskranke, wie man sie in Brasilien nennt, erkennt. Zu diesem Zweck habe ich nicht blofs durch Auflegen von Ichthyol- und Chrysarobinpflastern und -salben die vorhandenen Verhärtungen beseitigt, sondern auch wohl ein dutzendmal durch Auflegen von Salicyl-Kreosotpflastern, die dann mit Zinkleim bestrichen wurden, die Haut gründlich abgelöst. Um den Teint schliefslich dem des Gesunden möglichst ähnlich zu machen, empfehlen sich nach Unna am meisten Ichthyolsalben.

Was nun die Behandlung der Schleimhauterkrankungen anbelangt, so verschwand der Konjunktivalkatarrh ganz von selbst, ohne Zweifel infolge der Allgemeinbehandlung. Das Geschwür in der Nase, die Induration auf den Tonsillen, sowie das Knötchen am Kehldeckel wurden in 6maliger Sitzung durch das Glüheisen beseitigt resp. geheilt. Die mit Höllenstein, Borsäure versuchte Heilung der Geschwüre blieb erfolglos; ebenso die mit Milchsäure versuchte Erweichung der Indurationen auf den Tonsillen. Während der ganzen Dauer der Behandlung wurde innerlich Ichthyol verabreicht. Die Dosen waren im Anfang täglich 0,4 in Pillenform; nach etwa 14 Tagen durch allmähliche Steigerung 1,0 pro die. Dann begann ich mit gröfseren Dosen von 2,0 g und schon bald 3,0 g pro die in Kapseln. Niemals habe ich eine üble Folge des innerlichen Gebrauchs von Ichthyol gesehen. Die Frage, ob das Ichthyol innerlich wirklich einen nennenswerten Einfluſs auf die Krankheit zu haben imstande ist, wage ich nicht direkt zu beantworten. Thatsache ist, dafs bei den anfänglichen geringen Dosen von 0,4 pro die die Besserung des Pat. ganz gewifs ebenso schnell vorwärts schritt, als später mit 3 g pro die. Übrigens will ich nicht unterlassen anzuführen, dafs Unna jetzt den Wert des innerlichen Ichthyolgebrauchs in der Kräftigung

der Patienten, besonders in der Beseitigung der Muskelschwäche und Appetitlosigkeit sieht, wofür auch dieser Fall zu sprechen scheint.

Nun, meine Herren, komme ich zu dem wichtigsten Teil von dem, was ich Ihnen zu sagen habe. Sie werden mir jetzt sagen, ja das ist ganz hübsch, dafs Sie dem Patienten die Knoten der Haut und der Schleimhäute vertreiben und ihm die leprösen Erscheinungen dieser Organe beseitigt haben; wie steht es aber mit dem Innern des Körpers; woher sollen wir die Überzeugung gewinnen, dafs nicht die inneren Organe, Leber, Hoden, Nerven, Blutgefäfse, die doch auch mit erkrankt sind, nach wie vor leprös sind, und dafs nun nächstens die Krankheit wieder an allen Ecken und Enden ausbricht?

Ja, meine Herren, den positiv sicheren Beweis zu erbringen dafür, dafs der Patient gänzlich geheilt sei, das dürfte wohl unmöglich sein; es sei denn, man könnte den Mann noch lange Jahre beobachten und unter Augen behalten. Wenn Sie aber bedenken:

Das Allgemeinbefinden des Patienten besserte sich von Beginn der Behandlung an; die Funktionen des Magens, der Verdauung wurden gesteigert; der Kranke nahm in den ersten zwei Monaten 12 Pfund an Körpergewicht zu.

Die ganze Haltung des Kranken wurde von Tag zu Tag kräftiger, seine Bewegungen selbständiger, der Gebrauch der Extremitäten wurde weniger ungelenk, unruhig, ängstlich und unsicher.

Und vor allem, und darauf lege ich das meiste Gewicht, die Anästhäsie der Hände, Füfse und Waden nahm schon nach einwöchentlicher Behandlung ab, der Kranke weinte förmlich vor Freude, als er mir schon nach 1—2 Wochen erzählte, er merke, dafs das Blut wieder durch seine Hände und Füfse flösse, dafs wieder Leben hinein käme, und dafs sie wieder Wärme bekämen. Und diese Wiederkehr des Lebens in die toten Glieder, diese sich allmählich wieder einstellende Funktionsfähigkeit nahm von Woche zu Woche zu; der Kranke, der, wie ich Ihnen schon erzählte, kaum imstande war zu gehen, der auf allen Vieren die Treppe hinaufkroch, ging nach 4 Wochen ohne Zuhilfenahme

der Hände aufrecht hinauf; derselbe Mann, der beim Biertrinken das Glas auf dem Tische stehen liefs und mit dem Munde daran sog, schrieb nach wenigen Wochen seitenlange Briefe an seine Frau und Kinder. Schon im April war derselbe imstande, auf einem Bein zu stehen und sich darauf in die Kniebeuge hinunter zu lassen, etwas, was wohl wenige von uns fertig bringen würden. Ich mufste eine Fuhre eichene Holzstämme kaufen, und der Pat. arbeitete stundenlang mit Säge und Axt. Er kletterte im Juni in einem Bergwerk etwa 300 Fufs Strickleitern in die Höhe, kurz, er war zu ganz aufserordentlichen Körperanstrengungen befähigt. Nach dreimonatlicher Behandlung konnte derselbe Mann, dem ich früher eine Nadel in Füfse und Waden stechen konnte, mit positiver Sicherheit an jeder Stelle angeben, ob ich seine Haut mit dem Knopf oder mit der Spitze der Nadel berührte. Wenn Sie nun dieses in Betracht ziehen und dann noch bedenken, dafs in den letzten 5—6 Wochen, innerhalb welcher der Kranke aufser Behandlung war, sich keinerlei Recidive einstellten, so werden Sie es mir nicht verdenken können, wenn ich mich rühme, den Kranken nicht blofs scheinbar und vorübergehend, sondern gründlich und gänzlich geheilt zu haben.

Indessen, gesetzt den Fall, der Kranke würde über kurz oder lang wieder von einem wahren Recidiv der Lepra befallen, und nicht etwa von einer neuen leprösen Infektion, so steht doch wohl auch für Sie folgendes fest:

Der Kranke ist in einer derartig kurzen Zeit in einem derartig hohen Mafse gebessert worden, wie es bis jetzt wohl durch keine andre Behandlungsmethode möglich gewesen ist. Und wenn der Mann sonst vielleicht noch 10 Jahre am Leben geblieben wäre, ehe ihn die Krankheit ins Grab gelegt hätte, so habe ich wenigstens die Überzeugung, dafs ich ihm das Leben um das doppelte verlängert habe. Und wenn ich weiter nichts erreicht habe als dieses, so bin ich zufrieden.

Das aber glaube ich hier kühn behaupten zu können: die Lepra hat seit Unnas Entdeckung aufgehört, die unheilbarste der Krankheiten zu sein. Unna hat den Weg gefunden, auf welchem derselben beizukommen ist, und wenn ich durch den Fall, den ich Ihnen eben vorgetragen, weiter nichts erreicht habe, als eine

Wagenspur in diesem Weg gefahren und ihn dadurch fahrbar gemacht zu haben, so bin ich vollauf zufrieden.

Internationale Spezialistenkongresse und der Pariser Kongreſs für Dermatologie und Syphiligraphie im Jahre 1889.

Von

P. G. Unna.

Im Anfange dieses Jahres beschlossen die Ärzte des Hospitals Saint-Louis, im August des Jahres 1889 einen ersten internationalen Kongreſs für Dermatologie und Syphilidologie nach Paris zu berufen.

Wir leben nun zwar im Zeitalter der wissenschaftlichen Kongresse, und so scheint es fast überflüssig, die Bedürfnis- und Zweckmäſsigkeitsfrage in diesem speziellen Falle überhaupt zu erörtern. Allein schon der verschiedene Grad von Wärme, mit welchem dieser Gedanke in den verschiedenen Ländern aufgenommen wurde, läſst es nützlich erscheinen, das Für und Wider derartiger Kongresse sowohl im allgemeinen, wie für die Interessen unsrer Spezialität insbesondere einmal einer eingehenden Besprechung zu unterziehen.

Zunächst ist der Pariser Kongreſs ein internationaler. Damit ist derselbe unausbleiblich für alle Fachkollegen mit dem besonderen Reize geschmückt, in dem engen Rahmen eines mehrtägigen Zusammenseins mit Sicherheit und Gemütlichkeit, wie wir Deutsche sagen, eine Reihe der hervorragendsten Vertreter unsrer Spezialität aus allen Ländern der Welt kennen zu lernen. Eine so gute Gelegenheit des persönlichen Meinungsaustausches mit Kollegen, welche durch die weiteste Ferne getrennt an denselben wissenschaftlichen Fragen arbeiten, wird eben nur durch einen internationalen Kongreſs geboten. Hierzu kommt für diesen besonderen Fall die Wahl von Paris, einem der inter-

nationalsten Orte der Welt; diese Wahl allein verbürgt dem ersten Kongresse das Erscheinen von Vertretern unsers Faches aus fast allen europäischen und allen in Betracht kommenden aufsereuropäischen Ländern. Zumal dem Deutschen, welcher das Bedürfnis fühlt, seine Kollegen aus Nordamerika, England, Frankreich und Italien, wenn es mühelos möglich ist, kennen zu lernen, wird man mit grofser Sicherheit diesen Erfolg seines Pariser Besuches prognostizieren können. Jeder jüngere deutsche Dermatologe, welchem die Umstände die Reise gestatten, sollte also allein aus diesem Grunde den Besuch des Kongresses zu ermöglichen suchen.

Allerdings gibt es seit 1881 auch auf den grofsen, allgemeinen internationalen Kongressen der Mediziner eine Sektion für Dermatologie, und in London und Kopenhagen, ja selbst in Washington wurde fleifsig innerhalb derselben debattiert und gearbeitet. Auch diese Gelegenheit ist dem Bekanntwerden einer grofsen Anzahl von Kollegen der verschiedensten Länder günstig, und zumal die Kongresse von London und Kopenhagen werden allen Teilnehmern unsrer Sektion auch in dieser Rücksicht unvergefslich bleiben. Aber die gewaltigen Zurüstungen für so grofse und allgemeine Kongresse, das Nebeneinandergehen so vieler Spezial-Sektionen und allgemeiner Versammlungen — von den rauschenden Festlichkeiten solcher Tage ganz abgesehen — sind wiederum einer Zersplitterung der Interessen allzu günstig. Da ist nicht der Ort, wo ein ungestörter mehrtägiger Gedankenaustausch mit Sicherheit stattfindet. Erst nach dem Schlusse solcher Versammlungen empfindet man mit Bedauern, wie viele Beziehungen vorzeitig abgebrochen werden mufsten, erfährt man erst durch Zufall, an welchen Kollegen man achtlos vorüberging, deren Bekanntschaft einem erfreulich und nützlich gewesen wäre.

Aber dieser Grund des engen Zusammenlebens im kleinen Kreise wäre allein wahrlich nicht des Aufwandes eines solchen Kongresses wie des Pariser wert. Wir haben bisher ja auch nur die eine Seite, den ethischen und humanen Gewinn solcher Versammlungen, ins Auge gefafst. Der Pariser Kongrefs ist aber nicht nur ein internationaler, sondern eben

auch ein spezialistischer und als solcher auf ganz besondere, nur ihm allein eigene, wissenschaftliche Ziele beschränkt. Allein mit Bezug auf die wissenschaftliche Seite des Kongresses kann nach unsrer Meinung die Frage aufgeworfen und verschieden beantwortet werden, ob solche Kongresse nützlich, ob sie notwendig oder ob sie keines von beiden sind.

Es wird wohl ohne weiteres zugegeben werden, dafs die Nützlichkeit eines internationalen spezialistischen Kongresses dann erwiesen ist, wenn es feststeht, dafs es Fragen auf dem Gebiete dieser Spezialität gibt, welche nicht auf den spezialistischen Kongressen jedes einzelnen Landes vollständig zum Austrag gebracht werden können, und weiter scheint uns die Notwendigkeit derselben klar gelegt, wenn diese Fragen, für welche die Entscheidung innerhalb eines geographisch eng begrenzten Gebietes nicht genügt, für die Spezialität und ihren Fortschritt wesentliche, schwerwiegende sind.

Nun gibt es in der That kein Spezialfach der Medizin, welches eine solche Fülle von Fragen aufgeworfen und noch aufzuwerfen hat, deren Beantwortung in Deutschland, England, Frankreich oder Amerika u. s. w. allein sich als vollkommen ungenügend und einseitig erwiesen hat, wie die Dermatologie. Es gibt kein Fach, welches, wie das unsre, je nach dem Lande und seiner Schule, in welcher es im Laufe der Zeit abwechselnd eindringlichste Bearbeitung fand, eine so totale Umgestaltung nicht blofs des äufseren Zuschnittes und der Nomenklatur, sondern der pathologischen Grundanschauungen erfahren mufste. Nicht nur dafs alle pathologischen Systeme einer früheren auf ewig überwundenen Zeit sich in unserm Spezialfach wiederspiegelten und darin ihre merkwürdigsten Blüten trieben, auch noch im letzten Menschenalter auf der allen Nationen jetzt gemeinsamen Basis gleicher pathologisch-anatomischen und physiologischen Elemente hat man diesseits und jenseits des Rheins, des Kanals und des Ozeans dieselben Dinge konsequent mit ganz verschiedenen Augen angesehen. Wir alle wissen, dafs es nur die ungemeine, geradezu unerschöpfliche Vielseitigkeit des auf der äufseren Haut Gesehenen ist, welche der Dermatologie dieses bittersüfse Vorrecht verschafft. Ganz geringe, kaum merkbare

Abweichungen der pathologischen Grundanschauung bei den einzelnen Forschern, welche in der Ophthalmologie, der Neurologie noch durchaus nicht den ganzen Standpunkt zu verschieben geeignet wären, vermögen dieses in der Dermatologie mit Leichtigkeit. Denn die Fülle der Erscheinungen ist hier so grofs, dafs für jede, auch die weitabliegendste Idee sich Beispiele der praktischen Erfahrung finden lassen, welche derselben wohl oder übel zur Grundlage dienen können. Kein Wunder also, wenn weiter entfernt lebende Forscher, dem Zufalle ihres etwas verschiedenen Materials preisgegeben, über Grundthatsachen unsrer Wissenschaft — ich erinnere nur an die Lehre vom Lichen, vom Ekzem — sich fast diametral entgegengesetzte Ansichten zu bilden geradezu gezwungen sind.

Wenn hierüber Einigkeit besteht, wenn die überwiegende Majorität der Fachkollegen mit uns darüber einer Meinung ist, dafs nicht etwa Halsstarrigkeit oder mangelnde Erfahrung es ist, die die Kollegen verschiedener Länder in fast jeder Frage von Bedeutung verschieden urteilen läfst, sondern dafs der zwingende Grund umgekehrt in der Beobachtung selbst, in der verschiedenen Erfahrung liegt, so ist damit der Nutzen, ja die Notwendigkeit eines internationalen, von Zeit zu Zeit eintretenden Meinungsaustausches erwiesen und über alle Frage erhaben. Wenn irgend eine Spezialität das Bedürfnis dazu empfinden sollte, so mufs es vor allem die unsrige sein, und so ist, wie wir aus eigner Erfahrung berichten können, schon vor der Anregung der Pariser Kollegen ein solcher Kongrefs von verschiedenen Seiten als eine nützliche und mit der Zeit notwendig werdende Einrichtung ins Auge gefafst worden.

Mit der so gefafsten, rein wissenschaftlichen und ganz speziellen Aufgabe eines internationalen dermatologischen Kongresses als des besten Korrektivs gegen die notwendige Einseitigkeit nationaler Erfahrung und nationaler Anschauung ist zugleich die Mahnung gegeben, diese Kongresse selbständig, aufserhalb des Rahmens der allgemeinen internationalen Kongresse abzuhalten. Für die ernsten, wir möchten sagen, konzentrierten Aufgaben dieses Kongresses ist die Abhängigkeit von den allgemeinen Bedingungen der grofsen Kon-

gresse zu hemmend, ihre Vielseitigkeit zu zerstreuend. Viel eher kann die Dermatologie eines einzelnen Landes sich mit Nutzen lediglich an die allgemeinen medizinischen Kongresse desselben anschliefsen, wie die Sektion für Dermatologie und Syphilidologie an die Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Denn wir haben eben zur Zeit noch keine besonderen nationalen Aufgaben als Dermatologen zu erfüllen, welche den dringenden internationalen an die Seite zu setzen wären.

Mit diesen Ausführungen stellen wir uns also ganz auf die Seite derer, welche in der Einladung der Pariser Kollegen die erste Erfüllung eines seit langer Zeit empfundenen, in den letzten Jahren immer dringender gewordenen Bedürfnisses begrüfsen. Aber die wichtige Aufgabe, welche wir gerade diesem Kongresse und keiner andren Zusammenkunft unsrer Fachkollegen zumuten, bringt die Forderung mit sich, dafs die Verhandlungen sorgfältig und in internationaler Weise vorbereitet werden.

Im folgendem wollen wir unsre ganz persönliche Anschauung hierüber als unser Scherflein beisteuern. Dem von uns aufgestellten Prinzipe gemäfs ist zunächst eine weise Beschränkung des Stoffes geradezu notwendig, wenn nicht der eigentliche Zweck dieser Versammlung verfehlt werden soll. Von den Hauptverhandlungen sollten grundsätzlich alle jene Themata ausgeschlossen sein, welche sich auch in den kleineren Kreisen nationaler Kongresse erledigen lassen. Mag immerhin die dermatologische Sektion eines allgemein internationalen Kongresses ein kaleidoskopisches Bild von Einzelmitteilungen in zufälliger Reihenfolge aus allen Ländern ergeben, der internationale spezialistische Kongrefs darf durch eine solche Flut an sich vielleicht nicht unbedeutender Einzelmitteilungen nicht überschwemmt werden. Da es aber auf der andren Seite auch nicht angängig ist, solche Mitteilungen vollständig auszuschliefsen, sei es, dafs sie von hervorragendem Werte sind oder zur Zeit das Tagesinteresse beherrschen, so ist wenigstens die beste Zeit des Tages, der Vormittag, uneinge-

schränkt den eigentlichen Aufgaben des Kongresses zu widmen und die Mitteilung von Einzelthemen ohne ausschliefslich internationalen Charakter auf eigene Nachmittagssitzungen zu verlegen.

Wenn wir nun weiter näher darauf eingehen, welche Themata denn eigentlich zur Zeit ein wahrhaft internationales Interesse besitzen, so können wir mehrere Kategorien derselben unterscheiden.

Zunächst sind es solche Hautkrankheiten, welche bisher nur in einem Lande oder in wenigen Ländern beobachtet wurden. Eine eingehende Erörterung derselben am internationalen Kongresse wird zu ihrer Auffindung in andern Ländern entschieden behilflich sein. Hierbei würden beispielsweise die bislang nur aus Frankreich beschriebene Pityriasis rubra pilaris (Devergie), die hauptsächlich nur in England diagnostizierte Dysidrosis (Fox), der fast nur aus Deutschland beschriebene Lichen ruber acuminatus (Hebra sen., Unna) und Impetigo herpetiformis (Hebra sen.), aus Amerika die Dermatitis herpetiformis (Duhring) gehören.

Die zweite Gruppe bilden solche Affektionen, welche notorisch in verschiedenen Ländern in verschiedenartiger Weise auftreten. Dahin gehört z. B. die Prurigo (Hebra sen.) gegenüber dem pruriginösem Ekzem, wie es in Norddeutschland und England vorgefunden wird. Sodann die Lichen ruber-Gruppe als Ganzes, die verschiedenen Pruritus-Arten, die Trichophyton-Arten, die Alopecia areata etc.

Endlich mufs man ein durchaus internationales Interesse auch allen solchen Erkrankungen beimessen, welche so ungemein selten vorkommen, dafs zu einer allseitigen Würdigung derselben die vereinten Bestrebungen aller Nationen gehören. Hierher würde man die Pityriasis rubra (Hebra), die Morphoea, die Mykosis fungoides, das Xeroderma pigmentosum und viele andre Dermatosen zu zählen haben, deren Anzahl mit dem Fortschritt der Wissenschaft nur wachsen kann.

An diese rein wissenschaftlichen Themata reiht sich dann als vierte Gruppe die der mehr technischen Fragen von internationalem Interesse an, welche beispielsweise den Unterricht, die Lehrmittel, das System, die Nomenklatur der Hautkrankheiten,

die Prophylaxe der parasitären Erkrankungen, einschliefslich Syphilis und Lepra, betreffen. Während die nationale oder internationale Bedeutung eines Themas dieser letzteren Gruppe wohl niemals zu Zweifeln Anlafs geben wird, können bei den rein wissenschaftlichen Themen der ersten 3 Gruppen in der That hin und wieder Schwierigkeiten entstehen bei Beurteilung der Frage, ob das eine oder andre die kostbare Zeit des internationalen Spezialkongresses auszufüllen verdient, oder ob es der Erledigung auf den verschiedenen nationalen Kongressen und in der Journallitteratur überlassen bleiben sollte. Deshalb halten wir es für unumgänglich nötig, dafs die Auswahl der Hauptthemata nicht dem Zufall freiwilliger Anmeldungen ausgesetzt sei, sondern von einem dazu ad hoc bestimmten Komitee sorgfältig vorbereitet und festgesetzt werde. Sollten sich dann nicht sofort durch freiwillige Anmeldungen die Bearbeitung der Themata seitens Vertreter der verschiedenen Länder erledigen, so wird das Komitee gewifs sehr bald die notwendigen Kräfte für diese ehrenvolle Aufgabe herauszufinden wissen.

Was nun die spezielle Bearbeitung der vom Komitee definitiv aufgestellten Fragen betrifft, so erlauben wir uns den weiteren Vorschlag zu machen, dafs auch diese nicht dem Zufall und Gutdünken der Referenten überlassen bleibt, soweit die Fragestellung im einzelnen in Betracht kommt, sondern bereits vom Organisationskomitee von vornherein fixiert wird. Ein Beispiel wird rasch klar stellen, was wir meinen. Gesetzt, die Duhringsche Krankheit wäre als Thema der Verhandlungen aufgestellt. Es würde nun nach unsrer Meinung die wertvolle Zeit des Kongresses verschwenden heifsen, wollte man in der bekannten Weise je einen Referenten und einen Korreferenten für das ganze Thema ernennen. Es würde dabei nichts weiter herauskommen, als zwei wohldurchdachte, unter Umständen vielleicht sogar ausgezeichnete Darstellungen des vorliegenden Materials an Thatsachen nach zwei verschiedenen Richtungen; der eine Bearbeiter würde wahrscheinlich die Entität des Prozesses anerkennen, der andre bezweifeln oder einschränken, und im grofsen und ganzen wäre die Wissenschaft trotz der internationalen Aussprache nicht viel weiter als vorher.

Ganz andre Resultate aber würden sich ergeben, wenn das Komitee von vornherein eine ganze Reihe von einzelnen streitigen Punkten aus dem Komplex der vielseitigen Dermatitis herpetiformis herausgriffe und sie einzeln einer gröfsereren Reihe von Forschern zur Bearbeitung übergäbe. Es könnten dann sogar für je einen Punkt mehrere Referenten bestellt werden, z. B. man wollte als das wichtigste die Abgrenzung dieser Dermatose gegen andre Hautkrankheiten zur Sprache bringen und teilte den ganzen Gegenstand nach diesen letzteren ein in:

1. Beziehungen zum Pemphigus.
2. „ „ „ pruriginosus.
3. „ zur Hydroa.
4. „ zum Erythema multiforme.
5. „ zur Impetigo herpetiformis.
6. „ zu andern Herpesarten.

Dann würde nicht blofs jeder Referent sein kleines, gut begrenztes Gebiet vollkommen beherrschen, sondern die darauf folgende Diskussion der einzelnen Punkte würde weit klarer und fruchtbarer werden, und das Endresultat der Debatte wäre ein greifbares, für die nächste Zeit ausschlaggebendes. Dabei wäre natürlich den persönlichen Wünschen der Referenten soweit Rechnung zu tragen, als einzelne vom Komitee nicht hervorgehobene Punkte auch selbständig von jenen zur Diskussion gestellt werden könnten. Sollte diese Form des Einzelreferats über jede einzelne strittige Frage wirklich adoptiert werden, so würde es sich sehr empfehlen, bereits in dem ersten vorläufigen Programm nicht blofs die ganzen Themata, sondern auch die einzelnen Unterfragen der Reihe nach aufzuführen. In dem darauf folgenden Halbjahre würden sich dann die Referenten für jede einzelne Frage melden oder ernannt werden, und diese würden sehr weise handeln, wenn sie an das Komitee die Thesen (Conclusions) einsenden würden, auf welche ihr Referat hinausliefe. Diese Thesen würden dann einige Wochen vor Beginn des Kongresses mit dem definitiven Programm an alle Beteiligten versandt. Nicht nur, dafs dadurch die Vorbereitung zur internationalen Diskussion der Einzelfragen allen Teilnehmern be-

deutend erleichtert würde, es würden auch Fachgenossen zur Diskussion herangezogen, welche derselben sonst fern blieben, nur weil sie vielleicht gerade der Sprache des Referenten nicht mächtig sind. Es wäre dieses eine Rücksicht, welche gerade der internationale Kongrefs seinen Mitgliedern mehr als jeder andre schuldig ist.

Schliefslich möchten wir noch einen wichtigen Punkt zur Sprache bringen, nämlich das Verhältnis der Dermatologie zur Syphilidologie auf dem spezialistischen internationalen Kongrefs. Der Pariser Kongrefs hat bereits durch die Wahl zweier Präsidenten, der Veteranen HARDY und RICORD, sich für die Zweiteilung des Kongresses ausgesprochen. Demgemäfs werden wahrscheinlich die den Einzelmitteilungen gewidmetén Sitzungen unter 2 Präsidien getrennt für sich abgehalten werden. Bei den grofsartigen Dimensionen, welche voraussichtlich dieser Kongrefs annehmen wird, ist diese vollkommene Zweiteilung gewifs auch praktisch notwendig und den Wünschen vieler entsprechend. Bei späteren kleineren Kongressen dieser Art würde sie aber doch schwerlich stets durchzuführen sein. Und das liegt auch im Interesse der Syphilidologie. Denn darüber, dafs auf dem internationalen spezialistischen Kongrefs die letztere Wissenschaft nur den zweiten Rang einnimmt und einnehmen darf, darüber besteht wohl kein Zweifel.

In den Spezialsektionen der allgemeinen Kongresse kann immerhin der Zufall einmal die Themata syphilidologischen Inhalts überwiegen lassen; auf dem internationalen Kongrefs der Spezialisten wird die Syphilidologie stets nur eine bescheidene Rolle neben der Dermatologie spielen können, da ihr zur Zeit fast alles ausschliefslich internationale Interesse abgeht. Ich kenne wenigstens kaum eine Frage aus der Pathologie der Syphilis, welche nicht vollkommen ebenso gut auf den nationalen, spezialistischen Kongressen zum Austrag kommen könnte; höchstens würden die sehr seltenen Fälle eine internationale persönliche Verständigung notwendig machen. Dagegen hat die Therapie und Prophylaxis der Syphilis allerdings eine gröfsere Reihe von Punkten, für deren Erledigung der internationale Spezialistenkongrefs die passendste, wenn auch nicht die einzige Stelle ist.

Wenn wir hiermit unsern persönlichen Anschauungen und Wünschen unumwundenen Ausdruck gegeben haben, so geschah es, weil wir dazu in liebenswürdigster Weise vom Organisationskomitee vor längerer Zeit aufgefordert wurden. Die soeben eintreffende erste Notiz über die vom Kongrefs zur Diskussion gestellten Themata gibt uns heute direkte Veranlassung zur Publikation jener Zeilen. Wie der Leser sieht, entsprechen dieselben im grofsen und ganzen unsern Postulaten für den internationalen Spezialistenkongrefs durchaus. Sie gehören alle zu den problematischen, durch viele Streitfragen ausgezeichneten Kapiteln unsrer Wissenschaft. In bezug auf die Trichophytonerkrankungen würde das internationale Interesse wohl in der Frage kulminieren, weshalb an einzelnen Orten (London) wenige Sykosisfälle neben einer erdrückenden Menge von Trichophytie des Kopfes, in andern Städten (Grofsstädte Norddeutschlands) beide Arten des Herpes tonsurans beinahe im umgekehrten Verhältnis vorkommen, ob hier Landesgewohnheiten oder verschiedene Spezies des Trichophyton tonsurans den Ausschlag geben. Die Syphilidologie tritt mit 2 Themen offenbar in das richtige Verhältnis zu der durch 4 Themata vertretenen Dermatologie.

Wir können nur wünschen, dafs dieser aus so berufenen Händen hervorgegangene Entwurf zu einer reichen und wahrhaft internationalen Beteiligung aller Fachkollegen Veranlassung gebe. Derselbe lautet:

I. De la Constitution du groupe Lichen.
II. Du Pityriasis rubra. — Des Dermatites exfoliantes généralisées primitives.
III. Du Pemphigus. — Des dermatoses bulleuses complexes ou multiformes.
IV. Du Trichophyton. — Des dermatoses trichophytiques.
V. Direction générale et durée du traitement de la syphilis.
VI. Fréquence relative de la syphilis tertiaire. — Conditions favorables à son développement.

Referate.

Beitrag zur Kenntnis der in der Regio thyreohyoidea liegenden, medianen Dermoidcysten des Halses, von I. Tanvel. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Die Geschichte der kongenitalen Dermoidcysten des Halses gehört der modernen Chirurgie an, denn es war Verneuil, der im Jahre 1855 die Theorie von der Einschliefsung eines Teiles des äufseren Teguments beim Embryo aufstellte; aber erst infolge der Untersuchungen über die Pathogenese der kongenitalen Fisteln des Halses und hauptsächlich derjenigen Heusingers (1864) wurde das Verhältnis dieser Geschwülste zu den Kiemenbögen des Embryo aufgedeckt.

Die Geschichte der Dermoidcysten kann in drei Perioden eingeteilt werden.

In der ersten Periode erwähnen die Autoren allein die Natur des Inhalts der Geschwulst. Aus dieser Periode stammt eine Publikation Dupuytrens (*Gazette des Hôpitaux.* 1831). Auch James Paget spricht im Jahre 1863 von einer pathologischen Cyste, welche vor dem Larynx situiert war. Diese Cyste enthielt eine bräunlich-gelbe, krümelige Masse.

Mit dem Jahre 1869 beginnt die zweite Periode, in welcher sich der Beschreibung des Inhaltes die makroskopische Untersuchung der Wandung zugesellte. In diesem Jahre beschrieb Broca genau die Natur und den Sitz der Cysten und publizierte zwei Beobachtungen derselben. Im Jahre 1872 veröffentlichte der *Bordeau Medical* einen typischen Fall mit einer äufseren fibrösen Hülle und einer der Haut ähnlichen Innenwandung. Zwei Jahre später trägt Paues in der Gesellschaft für Chirurgie eine neuere Beobachtung vor, und Heustaux berichtet von einer andren im *„Neuen Dict. der Medic. und Chirurgie“*.

Die dritte Periode wird durch die histologische Untersuchung der dermoiden Wandung und des Inhaltes charakterisiert. Diese Untersuchung wurde zuerst von E. Gironde im *Lyon Medical* 1879 publiziert. Eine zweite Beobachtung mit histologischer Untersuchung lieferten Lanelongue und Achard.

Nach diesem historischen Teil zeigt uns der Autor in einigen von der Pathogenese und Symptomatologie dieser Affektion handelnden Kapiteln, dafs die Dermoidcysten das Resultat der Einschliefsung eines Teiles des äufseren Teguments beim Embryo seien. Sie koinzidieren manchmal mit andern Entwickelungsanomalien; so wie alle andern Bildungsfehler haben auch sie die Vererbung als Hauptursache.

Die Exstirpation ist die einzige Behandlungsweise, welche vor Recidiven schützt. Bei furchtsamen Kranken rät der Autor die Jodinjektion anzuwenden.

Beitrag zur Kenntnis der Hauttuberkulose. Die tuberkulösen Geschwüre, von Dr. Ritzo. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Drei noch unbeschriebene Fälle bilden den Ausgangspunkt dieser Abhandlung, in welcher der Autor die eigentlichen tuberkulösen Geschwüre (tertiäre Hauttuberkulose Besniers) beschreibt. Diese Geschwüre haben ihren Sitz besonders an den Körperöffnungen. Die Zusammenfassung der bekannten Fälle ergibt 13 perianale Geschwüre, 9 Ulcerationen der Lippen, eine an der Vulva, 3 an den Extremitäten, 2 am Kopfe.

Diese Ulcerationen, deren klinische Charaktere seit der Inauguraldissertation Spillmanns, Brunets, welch letztere der Autor nicht citiert, durch die Arbeiten Jarischs, Chiaris und Riehls genau bekannt sind, müssen vom ulcerösen Lupus, von den Ulcerationen, welche der Schwellung skrofulo-tuberkulöser Knoten und tuberkulöser Adenitiden folgen, unterschieden werden, welch letztere Läsionen zwar nicht minder tuberkulöser Natur aber sekundär und durch tiefere tuberkulöse Läsionen hervorgebracht sind.

Die Pathogenese dieser Veränderungen ist noch nicht genügend studiert. Ohne Zweifel haben sie eine Verstopfung der Gefäfse zur mechanischen Ursache. Der Autor hätte die Läsionen durch „Nekrobiose auf Distanz", welche Leloir im Anschlusse an die Tuberkulose der Milz beschrieben hat, in Betracht ziehen sollen, welche einer durch eine Art von tuberkulöser Endoarteriitis und Endocapillaritis hervorgerufenen Gefäfsobstruktion zuzuschreiben sind. Leloir hat überdies in seinen Vorträgen über die Syphilis von neuem über diese Pathogenese gesprochen und gezeigt, dafs gewisse rasch vereiternde Formen des Lupus durch die von einer Endoarteriitis und Endocapillaritis tuberculosa ausgehenden Gefäfsverstopfung verursacht werden. Er zeigte vorzügliche auf diese Thatsache bezügliche Präparate und Zeichnungen in seinen klinischen Vorträgen 1886 und 1887.

Man mufs auch, wie Leloir hervorhebt, auf die Quantität der Bacillen in diesen pathologischen Veränderungen achten; ihre Quantität ist hier bedeutend gröfser als im Lupus. Es ist leicht verständlich, wie ein Bacillenhaufen, von dem Blutstrome hinbefördert, das Lumen eines Gefäfses verstopfen, eine entzündliche Reizung und dann eine Ulceration verursachen kann. Aber schwerer zu erklären ist es, wenn diese Geschwüre primär auftreten, ohne dafs eine andre Lokalisation vorhergegangen wäre. Man mufs dann zugeben, dafs man es mit einer Art tuberkulöser Lymphangitis der Haut zu thun habe, welche das oberflächliche oder tiefere Lymphgefäfsnetz der Haut betrifft.

Diese Geschwüre sind verhältnismäfsig sehr selten und finden sich nur bei Phthisikern in der Konsumptionsperide. Die Beobachtung Hanots, welche in dieser Abhandlung citiert wird, zeigt aber, dafs sie jeder andern visceralen Lokalisation vorgreifen und die erste Manifestation, die Eingangs-

pforte der Tuberkulose sein können. Sie haben eine schlechte Prognose und fügten sich bisher keiner Behandlung.

Beitrag zum therapeutischen Studium des Lupus vulgaris des Gesichts, von Dr. CHRISTESEN. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Diese Abhandlung ist eine sehr unvollständige Revue der verschiedenen Behandlungsweisen des Lupus vulgaris. Sie enthält absolut nichts Neues und vernachlässigt eine Menge theoretischer und praktischer Fragen von der gröfsten Wichtigkeit für den behandelten Gegenstand.

Über die Biskrabeule, von Dr. BOUQUET. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Diese Abhandlung, unter der Leitung VIDALS und im Anschlufs an die Beobachtung eines Krankheitsfalles, welcher den Gegenstand eines Vortrages des Meisters bildete, abgefafst, gibt eine gewissenhafte Beleuchtung des gegenwärtigen Standes der Frage. Nachdem Verf. die neueren Untersuchungen BOINETS, DÉPERETS, DUCLAUX' und HEYS, DEVERGIES und RIEHLS über die Gefte-, Biskra- oder Aleppobeule resumierte und kritisierte, erklärt der Autor die Biskrabeule für eine parasitäre Erkrankung und den von DUCLAUX beschriebenen Parasiten als Ursache derselben ohne diese letztere Meinung durch eigene mikrobiologische und histologische Untersuchungen zu stützen.

LELOIR hatte im Jahre 1887 mehrere Fälle der Biskrabeule, welche mikrobiologisch untersucht zu interessanten Ergebnissen geführt haben, und die in der Inauguraldissertation eines seiner Schüler — LOUSTELOT — publiziert werden. Diese Resultate haben einige Analogie mit den von LOMET und CHAULEMESSE erhaltenen.

Behandlung der Kankroide mit Kalium chloratum, von Dr. HYVERNAUD. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Der Autor fügt den schon publizierten und genügend demonstrativen Fällen 10 neue Fälle hinzu und stellt so eine Summe von 63 nur mit Kalium chloratum behandelter Fälle des Krankroids zusammen, auf welche Zahl 32 Heilungen, 15 Besserungen und 16 Mifserfolge entfallen. Am besten heilen durch diese Behandlung die Kankroide der Haut und insbesondere die der Gesichtshaut; gegen die Kankroide der Schleimhäute ist diese Behandlung gewöhnlich erfolglos. Indessen wurde sie mit Erfolg bei 2 Epitheliomata der Lippen und in einem Falle von Epithelioma des Naseneinganges angewendet. Die besten Resultate gab diese Behandlungsweise gegen langsam vorwärts schreitende Kankroide, welche zu exulcerieren beginnen. Hat das Kankroid grofse Dimensionen angenommen, wuchert

es übermäfsig, nimmt es die serpiginöse Form an, oder hat es durch Ulceration die darunter liegenden Gewebe zerstört, so erhält man nur eine vorübergehende Besserung, oder einen vollständigen Mifserfolg. Das Medikament soll direkt auf das von den Krusten befreite Geschwür in übersättigter Lösung von beiläufig 6 % und leicht erwärmt, oder als feines Pulver appliziert werden. Der Verband wird ein oder mehrere mal des Tages erneuert. Die Lösung scheint, ohne eine plötzliche Veränderung hervorzurufen, durch ihren vernarbenden Einfluſs zu wirken. Das Salz in Pulverform ruft überdies eine leichte Ätzung hervor, welche die oberflächlichsten Schichten mortifiziert, was das successive Abfallen des Ätzschorfes und nachfolgende Vernarbung zur Folge hat. Der Weg der Heilung ist manchmal regelmäfsig vorwärtsschreitend, aber es gibt oft Stillstand und manchmal auch partielle Recidive, welche die definitive Vernarbung, ohne sie zu verhindern, retardieren. Die definitive Vernarbung stellt sich nach einer Behandlung von mehreren Wochen oder selbst mehreren Monaten ein.

Diese Behandlung hat Leloir nur inkonstante Resultate ergeben.

Beitrag zur Kenntnis der kutanen Erscheinungen bei der Urämie, von Dr. Pebsy. (*Thèse de Paris.* 1887.)

Die Kenntnisse über die Urämie haben sich in den letzten Jahren vermehrt, und die Pathogenese dieses Symptoms scheint heute Dank der ausgezeichneten Arbeiten Bouchards festgestellt zu sein. Man hat die anatomischen Theorien aufgegeben und erwähnt kaum noch die Hypothese Ockers und Coindets vom Hydrops ventricularis, diejenige Osbornes von der Meningitis, die Graves' von der cerebralen Kongestion. Selbst die Theorie des Gehirnödems Traubes ist unwiederruflich gefallen. Die chemischen Theorien allein werden nur anerkannt. Man schreibt der Retention des Harnstoffes keine Wichtigkeit mehr zu nach dessen Umwandlung in Ammoniakkarbonat. Die Kalisalze sind nicht mehr die alleinigen Ursachen der Vergiftung. Man mufs noch die Alkaloïde, Leukomaïne, Ptomaine und die Gallenfarbstoffe hinzunehmen. Der erste, der den ursächlichen Zusammenhang zwischen den Nieren- und Hautkrankheiten erwähnte, war Rayer, der zwei Beobachtungen mit Nephritis koinzidierender Dermatosen veröffentlichte. Gubler erwähnt in seinem Artikel Albuminurie (*Dictionnaire encyclopédique*) kaum des Zusammenhanges von Hautkrankheiten mit Nephritiden. Der Pruritus wird von Lanceraux, Rosenstein und Bartels erwähnt. Ein Holländer beweist im Jahre 1870 zum erstenmal deutlich das ursächliche Verhältnis zwischen einem Hautausschlage von eigentümlicher Erscheinung und der renalen Insuffizienz. 1879 erscheint die Abhandlung Collins, welcher über zwei Beobachtungen aus dem Institute Vulpians berichtet. In dem einen Falle handelte es sich um eine Acne

pustulosa im Verlaufe einer mit interstitieller Nephritis komplizierten Cirrhose. Im nächsten Jahre (1880) erscheint ein Artikel Quinquauds, der in Frankreich zum erstenmal die Thatsachen (données) dieser Frage zum Ausdrucke bringt. Dieser Arbeit folgte die Abhandlung Duvels, der eigentlich nur die Worte Quinquauds umschrieb und ihnen einige Beobachtungen zufügte. Der Vollständigkeit halber glauben wir noch die im Jahre 1885 und 1886 von Leloir im St. Sauveur-Hospital an mehreren Kranken seiner Abteilung gemachten Beobachtungen von kutanen urämischen Erscheinungen hinzufügen zu müssen. Leloir besprach diese Eruptionen vom semiologischen Gesichtspunkte und insbesondere in Hinsicht ihres diagnostischen Wertes. Er zeigte, dafs — wie er schon in der These des Dr. Croin hervorgehoben hatte — diese Eruptionen ebenso wie gewisse andre urämische Symptome eine Nierenaffektion diagnostizieren lassen, welche ohne dieselben unbeachtet geblieben wäre. Diese „Urämiden", wie sie Leloir nennt, sind in ihrer Erscheinung sehr vielgestaltig. Er führte uns auf seiner Abteilung mehrere Fälle von Erythema und Ekzem vor, welche die urämischen Anfälle anzeigten und mit dem Verschwinden der Urämie ebenfalls verschwanden. Leloir betrachtet diese Eruptionen vom Gesichtspunkte der Pathogenese den Diarrhöen der Urämiker analog. Es sind dies, nach Leloir, Hyperämien und Katarrhe der Haut, deren Krankheitsursache der urämischen Diarrhöe analog ist. Um den geschichtlichen Teil zu beendigen, müssen wir noch eine Beobachtung Lendrieux, einen neueren von Huet publizierten Fall von urämischem Erythem, die Abhandlung des dänischen Arztes Bruzelius, die verschiedenen Arbeiten über die renale Form des Typhus und die in der *Union Médicale* reproduzierte Mitteilung Dieulafoys citieren.

Nach diesem historischen Teil beschreibt der Autor allmählich die verschiedenen Formen der bei der Urämie zu beobachtenden Dermatosen. Er weist auf die Häufigkeit des Pruritus und der Prurigo bei Arteriosklerosis mit Nephritis interstitialis hin und erklärt die Urticaria für selten. Indem er das urämische, papulöse Erythem Huets und Bruzelius' in Erinnerung bringt, teilt er einen Fall von generalisiertem papulösen Erythem im Verlaufe eines Nephrotyphus mit. Dann erwähnt er das Ekthyma, die Furunkeln, die Purpura, von welcher er einen Fall im Verlaufe einer interstitiellen Nephritis sah.

Bullöse Ausschläge waren bisher noch nicht bei Nephritikern beschrieben.

Persy citiert einen Fall, der auf der Abteilung Lancerauxs bei einer mit komatöser Urämie behafteten Frau beobachtet wurde. Der Ausschlag bestand aus Blasen von dem Umfang einer grofsen Erbse, welche mit einer hellen, klaren Flüssigkeit erfüllt, von einer ziemlich schmalen erythematösen Zone umgeben und ohne bestimmte Anordnung auf den Hinterbacken und um den Ellbogen zerstreut waren; bei einem andren Kranken traten 2 mal und jedesmal während eines heftigen konvulsiven und komatösen Urämie-

anfalles einige auf den Unterextremitäten ordnungslos disseminierte, große Blasen auf. Da dieser pemphigoide Ausschlag mit schweren nervösen Anfällen koinzidiert, und dies bei den übrigen im Gefolge der Urämie auftretenden Dermatosen nicht beobachtet wird, so schreibt Percy denselben einer nervösen Alteration zu und stellt ihn neben die pemphigusartigen Ausschläge, welche bei Hysterie bei allgemeiner Paralyse und in der Folge von peripheren nervösen Störungen auftreten. Was die übrigen bei der Urämie beschriebenen Hauteruptionen anbelangt, so haben dieselben teils die Urämie selbst zur Ursache, d. h. die ungenügende Ausscheidung des Urins und die Veränderung der Haut und der Hautnerven durch die nichtausgeschiedenen Stoffe des Urins, teils (Purpura) werden sie durch die Hydrämie und die Hypo- Albuminose, welche die Folgen der renalen Veränderungen sind, und deren Einfluſs noch durch die Veränderungen in den Wandungen der kleinen Gefäſse begünstigt wird, verursacht; andre (Ekthyma, Furunkel) hinwieder sind dem Umstande zuzuschreiben, daſs der Widerstand der Gewebe bei urämischen Albuminurikern auf das Minimum gesunken ist und dieselben sich nicht mehr der Entwickelung der durch die kleinste Kontinuitätstrennung der Haut eingedrungenen Mikroorganismen widersetzen können. Endlich gibt es unter den in Gesellschaft der Urämie auftretenden Hautausschlägen solche, welche mit der Urämie nur zeitlich koinzidieren, ohne mit derselben in ursächlichem Zusammenhang zu stehen, und es treten auch solche auf, welche der In-gestion gewisser Medikamente zuzuschreiben sind.

Über die relative Häufigkeit der verschiedenen Arten der extragenitalen syphilitischen Schanker, von Dr. Nivet. (*Thèse de Paris.* 1887.)

In dieser statistischen Abhandlung, welche nur die Fälle aus den privaten Aufzeichnungen Fourniers und die im Jahre 1886 im Hospital St. Louis beobachteten betrifft, gibt Nivet das Verhältnis der extragenitalen Schanker ihrem Sitz und dem Geschlecht der infizierten Individuen entsprechend an.

Bei einer Summe von 581 extragenitalen syphilitischen Schankern bei Erwachsenen fand er:

	Männer	Frauen	Summe
Schanker des Kopfes	286	127	413
„ des Rumpfes	44	63	107
„ der Extremitäten	39	15	54
„ des Halses	5	2	7
	374	207	581

Dieser Summe müssen noch 14 extragenitale bei Kindern von 30 Monaten beobachtete Schanker beigefügt werden, welche sich folgendermafsen verteilen:

Oberlippe	4	6
Unterlippe	2	
Commissurae labiales		2
Um den Anus		2
Zunge		1
Hals		1
Nase		1
Ohr		1
		14

Was nun — um in das Detail dieser Statistik einzugehen — den regionären Sitz dieser Schanker betrifft, so findet man die Schanker der beiden Geschlechter und der Kinder zusammennehmend: Lippen 268: Anus und um den Anus 50; Zunge 37; Brust 34; Finger 31; Kinn 31; Mandel 29; Bauch 20; Augen und Augenlider 15; Schenkel 12; Wange 11; Nase 11; Hals 8; Zahnfleisch 6: Hand 5; Ohr 4; Gaumen 3; Hinterbacken 3; Gaumensegel 2; Gesicht 2; Schläfe 1; Stirne 1; Ellbogen 1; Oberarm 1; Sternoklavikular-Gelenk 1; Vorderarm 1; Rachen 1; Trochanter major 1; Malleolus 1; Schlüsselbein 1; Unterkiefergegend 1; Wade 1; Mund 1.

Ein einziger Blick weist genügend auf die der Infektion am meisten ausgesetzten Stellen hin.

Lille. A. Tavernier.

(Übersetzt von Dr. Török, Hamburg.)

Diseases of the Skin, by H. Radcliff Crocker M. D. With 76 Illustrations. London. H. K. Lewis. 1888.

Das vorliegende, umfangreiche Werk Crockers gibt, gestützt auf viele eigene Untersuchungen und eine reiche praktische Erfahrung, ein gutes Bild vom gegenwärtigen Stande der Dermatologie.

Obwohl überall der Rahmen eines Lehrbuches eingehalten wird, bringt Verf. doch stets seine eigenen Ansichten zur Geltung; auf einige Punkte werden wir noch näher eingehen.

Sehr zweckmäfsig dünkt uns die Einleitung durch einen allgemeinen Teil, der besonders instruktiv ist.

Zunächst kommen 7 Tafeln zur Anatomie — nach Ranvier und Unna. Dann gibt Verf. im allgemeinen Teil eine Übersicht über Semiologie, Ätiologie, Pathologie, Diagnose und — besonders übersichtlich und vorteilhaft — über Therapie der Hautkrankheiten.

Man sieht, dafs Verf. wohl bewandert ist in der gesamten dermatologischen Litteratur; die Ansichten der bedeutenden Dermatologen aller Länder gelangen überall zum Ausdruck.

Wie in allen in den letzten Jahren erschienenen bedeutenderen Werken über Dermatologie, so auch bei Crocker tritt dem Leser die Thatsache entgegen, dafs wir uns gegenwärtig auf dem Gebiete der Dermatologie in einer Reformperiode — vielleicht mit etwas Sturm und Drang — befinden. Für abgeschlossen gehaltene, als klassische Gruppen anerkannte Krankheitsbilder zerfallen vor der neueren Kritik, und nicht immer will es gelingen, sofort allgemein Gültiges und Anerkanntes an die Stelle zu setzen. Unsre Spezialität ist augenblicklich auf dem Punkte, dafs in wenigen Jahren alle jetzt erschienenen Übersichtswerke veraltet sein werden. Wir erinnern an Duhrings Dermatitis herpetiformis, an Unnas Ekzema seborrhoicum, das von den meisten auswärtigen Forschern anerkannt wird.

So sieht Crocker das Gebiet der Impetigo, Ekthyma schon wanken, ohne aber diese, unter einem Namen zum Teil ganz verschiedene, nur äufserlich ähnliche Erkrankungen umfassende Namen fallen zu lassen.

Dagegen gibt er auf eigene klinische Beobachtung basierte neue Krankheitsbilder. So pag. 128 ein **Ekzema circumscriptum (?) parasiticum.** „Es kommt hauptsächlich an den Beinen vor, unterhalb des Kniees, jedoch habe ich es auch an den Armen beobachtet. Es stellt sich dar als aus kleinsten Papeln bestehend, mit scharf begrenztem Rande; nur einzelne Papeln trifft man jenseits des Randes. Wenn diese Affektion nicht behandelt wird, so breitet sie sich langsam aus, oder es bilden sich neue Stellen; Jucken ist nicht bedeutend. Es gelang mir nicht, einen Parasiten nachzuweisen, aber die Affektion war durch ein leichtes Antiparasiticum zu beseitigen."

Als **Dermatitis repens** bezeichnet C. eine Hauterkrankung, die er dreimal zu beobachten Gelegenheit hatte, die er anderswo nicht erwähnt gefunden hat, deren Beschreibung ihm aber deswegen von Bedeutung erscheint, weil sie therapeutisch grofse Schwierigkeiten bietet.

Im ersten Falle handelte es sich um einen jungen Mann, bei dem sich an der sonst gut geheilten Amputationswunde eines Fingers eine Dermatitis entwickelte, die sich allmählich über die Palma manus, an den Fingern und über die halbe Hand ausbreitete und einem Ekzema rubrum glich. Die zarte Oberfläche war von Hornschicht entblöfst, hochrot; an einigen Stellen wurde, am Rande der entzündeten Partien, eine helle Flüssigkeit in Tropfen — wie Schweifs — abgesondert; die Hornschicht war an der sonst scharfen Grenze von Exsudat unterminiert und in dünner Schicht abgehoben. Die Erkrankung breitete sich langsam und stetig aus allmählich über den ganzen Vorderarm bis zum Ellbogen wandernd, während an den zuerst erkrankten Partien Heilung eintrat, aber mit Hinterlassung harter, geröteter Haut. Nach vielen vergeblichen therapeutischen

Versuchen — Argentum nitricum und Cuprum sulphuricum hatten fast keinen Einfluſs — heilte die Affektion unter Armbädern von Bleilaktat.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine schwächliche nervöse Dame, bei der die Affektion am Handgelenk begann und sich allmählich peripher und nach aufwärts ausbreitete; sie begann mit einer erhabenen Stelle von roten Papeln, die zusammenflossen und sich ausbreiteten, mit scharf begrenztem Rande, der mit dicken, schmutzigen Borken bedeckt war; im Zentrum verheilte die Affektion mit Hinterlassung zarter roter Haut.

Hier lieſs auch das Lactate of lead im Stich; nach fast 12monatlichem Bestehen besserte sich die Affektion unter „Beissels permanganate of potash treatment." Es wurde dreimal täglich eine 10 %ige Lösung aufgestrichen, bis sich eine dichte Decke bildete — die unterminierte Haut am Rande wurde vorher abgetragen.

Auch im dritten, viel milder verlaufenden Fall begann die Affektion am Handgelenk, heilte aber nach dreimonatlicher Behandlung.

In dem Kapitel über **Lichen** tritt, beim Vergleich der verschiedenen Lehrbücher, der schwankende Stand der Ansichten besonders hervor. Crocker definiert Lichen dahin, daſs man darunter die Erkrankungen begreife, bei denen das Hauptmerkmal der Krankheit in entzündlichen Papeln bestehe, die während des ganzen Verlaufes des Krankheit unverändert bleiben. So unterscheidet er dann: Lichen ruber, L. scrofulosus und L. pilaris (inflammatory), scheidet aber aus: Lichen simplex; es handelt sich da um ein papulöses Ekzem; L. urticatus ist die Urticaria der Kinder, bei denen sich aus den Quaddeln entzündliche Papeln entwickeln; L. pilaris wird häufig verwechselt mit Keratosis pilaris (Pityriasis pilaris); L. tropicus gehört zur Miliaria. L. strophulosus ist die Miliaria der kleinen Kinder; L. syphiliticus wird für zwei Formen von papulösem Syphilid gebraucht, bei denen die Hauptaffektion die Haarfollikel betrifft.

L. circinatus ist noch „sub judice"; diese Affektion gehört unsrer Meinung nach in das Gebiet des Ekzema seborrhoicum (Unna).

Unter Lichen ruber bringt C. den L. planus und accuminatus, während der L. obtusus Unnas, von ihm anscheinend noch nicht beobachtet, in einer Anmerkung erwähnt wird.

C. betont, daſs er oft in seiner Praxis groſsen Nutzen von Unnas Lichensalbe gesehen habe. Im allgemeinen sei die Therapie dieselbe wie bei Psoriasis, nur erfordere die Lokalaffektion häufig eine etwas mildere Behandlung.

Am Schluſs des Absatzes über Lichen pilaris erwähnt C. eine Affektion der Haarfollikel, die wahrscheinlich auch hierher gehöre, aber selten, wenn auch nicht von Bedeutung sei.

Der eine von ihm beschriebene Fall, den er als „Psoriasis pilaris" bezeichnet, scheint uns vielleicht zur Pityriasis rubra pilaris zu gehören.

In einem Fall von Psoriasis, der in meiner Behandlung ist, entwickelten sich unregelmäfsige, umschriebene Gruppe von Papeln, symmetrisch auf dem Handrücken und der Vorderfläche der Oberschenkel.

Die Affektien stellt sich dar als feste, blafsrote Papeln, mit einer kleinen Gruppe feinster Schüppchen in der Mitte, jede Papel wird im Zentrum von einem Härchen durchbohrt und findet sich besonders auf den Beugeseiten der Glieder. Die Affektion bleibt, unbehandelt, jahrelang unverändert, juckt wenig nnd kat kaum einen Einfluſs auf das Allgemeinbefinden; sie betrifft meist junge Leute.

Eine weitere interessante Affektion „Disseminated follicular lupus“ findet ihre Erörterung in unsrer letzten kasuistischen Mitteilung (s. d. Blätter: Lupus miliaris).

Mit den therapeutischen Vorschlägen des Verf.s können wir uns fast überall einverstanden erklären. Besonders interessiert hat es uns, daſs C. die in Deutschland noch leider so wenig Beachtung findende Unnasche Behandlungsweise des Lupus mit Salicylpflastern und Salben als die „beste, schonendste und am gleichmäfsigsten wirkende“ bezeichnet. Referent hatte Gelegenheit, sich an einer groſsen Reihe von Fällen von der Vorzüglichkeit dieser Behandlungsmethode zu überzeugen.

Wir können dieses Werk jedem Dermatologen empfehlen; es ist klar, umsichtig, übersichtlich und kritisch geschrieben.

Hamburg. von Düring.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Ein Fall von Hermaphroditismus, von Dr. G. Schmorl. (*Virchows Archiv.* Bd. 113.) Bei einem 22jährigen Patienten zeigte sich der Hodensack rudimentär entwickelt; er beginnt als weicher Wulst unmittelbar vor der Aftermündung und wird durch eine in der Mitte gelegene Raphe in 2 Hälften geteilt. In der etwas gröſseren, rechten Hälfte, die weiter nach vorn zu sich in ihrem Aussehen mehr einer normalen Skrotalhälfte nähert, ist ein deutlicher, wenn auch etwas kleiner Hoden zu fühlen. Links ist eine ausgebildete Hodensackhälfte nicht vorhanden, ebenso findet sich hier kein Hoden. Unmittelbar unter dem fettreichen, mit dichten Haaren besetzten Mons veneris entspringt der im Verhältnis zur Körpergröſse etwas kleine Penis, welchen zu beiden Seiten die Skrotalwülste ein wenig überragen. Derselbe ist stark hakenförmig nach unten und hinten gekrümmt. Die Eichel ist von der Vorhaut entblöſst, aber im allgemeinen gut entwickelt, nur läſst sich eine dem Orificium urethrae externum entsprechende Öffnung vermissen. An ihrer unteren Fläche ist sie leicht in Form einer

flachen Furche ausgehöhlt, die sich an der unteren Fläche des Penis in eine deutliche Rinne fortsetzt, welche nach hinten zu in einem längsovalen Schlitz von ca. 1/2 cm Länge endigt; an denselben schliefst sich nach hinten zu die zum After verlaufende Raphe an. Die Entfernung dieses der hypospadischen Harnröhrenöffnung entsprechenden Schlitzes von der Spitze der Eichel beträgt 3,2 cm, die geringe Länge erklärt sich daraus, dafs die Eichel durch einen Streifen straffen Bindegewebes nach hinten und unten fixiert ist. Bei geschlossenen Schenkeln erinnern die Genitalien entschieden an die weibliche Form; denn die beiden Skrotalwülste gleichen den grofsen Schamlippen, deren vorderster Teil die Wurzel des Penis bedeckt, so dafs dieser einer allerdings stark vergröfserten Klitoris vergleichbar aus ihnen hervorragt. Nach vorgenommenen plastischen Operationen geht der Patient zu grunde, und die Obduktion ergibt, dafs die inneren Genitalien fast völlig nach dem weiblichen Typus entwickelt sind; man findet eine Scheide, die allerdings mit ihrem untern Ende nicht die äufsere Körperoberfläche erreicht hat, sondern an der Stelle, wo sonst beim männlichen Geschlecht ein geringer Rest der fötalen Anlange derselben in dem Sinus prostaticus vorhanden ist, in die Harnröhre ausmündet, ferner einen Uterus mit Cervix und Tuben, also sämtliche aus den Müllerschen Gängen hervorgehende Gebilde. Am eigentümlichsten ist aber das Verhalten der Geschlechtsdrüsen, denn rechts ist ein Organ vorhanden, welches in seiner äufsern Form und Aussehen einem Hoden gleicht und auch seinem histologischen Bau nach als Hoden anzusehen ist, wenn ihm auch die spezifischen Samenzellen fehlen, links dagegen eine mit der Tube verbundene Bildung, deren Struktur man nur beim embryonalen Eierstock antrifft. Dieser Fall ist in die nach Klebs mit Hermaphroditismus lateralis bezeichnete Klasse einzureihen.

Die manuelle Entleerung der Harnblase, von Dr. Jul. Heddaeus (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 43). Bei mehreren Kranken mit Lähmung des Musc. detrusor urinae hat Verf. die manuelle Entleerung der Blase geübt und behauptet er, dafs es gelingt, die Blasenkugel mit der Hand derart zu komprimieren, dafs der Urin im Strahl herausbefördert wird. Indiziert ist die Operation in allen Fällen, wo der Katheterismus in Frage kommt, nur mufs man bei prall gefüllter Blase sehr vorsichtig sein.

Über die Wirkung des Perubalsams auf die „idiopathischen" Leukoplakien und sonstigen Epitheltrübungen der Mundschleimhaut, von Dr. L. Rosenberg. (*Therap. Monatsh.* No. 10.) Bei den Leukoplakien bepinselt R. die schmerzhaften Stellen und Rhagaden mit Perubalsam, den er trotz der sehr stark auftretenden Speichelabsonderung 3—5 Minuten im Munde behalten läfst. Die Pinselungen müssen täglich 1—3 mal und eine recht lange Zeit hindurch angewandt werden, dann erfolgt auch sicher Heilung.

Über die Anwendung des Oleum cinereum ging den *Therap.*

Monatsheften aus Stockholm die Anfrage zu, woher es komme, dafs, wenn man metallisches Quecksilber mit gleichen Teilen Lanolin extinguiert und nachher von dieser Salbe 6 Teile mit 4 dit. Ol. oliv. vermischt, man nie ein Öl, sodern nur eine Salbe erhält. Darauf antwortet Prof. Dr. Lane in Wien, dafs man diese Masse vor dem Gebrauche nur langsam zu erwärmen braucht, so wird sie dickflüssig. Von diesen Injektionen hat L. die geringsten Reizungserscheinungen beobachtet, wenn dieselben Vorsichtsmafsregeln, wie bei andern Injektionen, angewandt werden.

Gegen Hautwarzen hat Prof. B. Fränkel in mehreren Fällen von dem Betupfen derselben mit Acid. carbol. liquefact. ausgezeichnete Wirkung gesehen, während er die umgebende Haut zum Schutz mit Scharpiebaumwolle bedeckt. Schmerz mäfsig. So weit als die Säure in das Gewebe eingedrungen ist, stöfst sich dasselbe nach einigen Tagen ab, dann wird die Prozedur wiederholt, bis die Warze beseitigt ist. (*Therap. Monath.* No. 10.)

Über die Anwendung der Kampfersäure bei Katarrhen verschiedener Schleimhäute, von Dr. Max Niesel. (*Deutsche Med. Wochenschrift* No. 40.) Bei 2 Patienten mit chronischer Cystitis hat N. Blasenausspülungen mit Kampfersäure mit günstigem Erfolge gemacht, und zwar benutzte er eine reine alkoholische 20 % Kampfersäurelösung, welche mit lauwarmem Wasser bis zu einer 0,5 und später einer 1 % Lösung verdünnt wurde; stärkere Lösungen wurden nicht gut vertragen.

Über infektiöse Kolpitis kleiner Mädchen, von Prof. v. Dusch. (Ebenda No. 41.) Seit Anfang des Jahres 1866 wurden im Heidelberger Kinderhospital 19 Mädchen, im Alter von 1½—12 Jahren, wegen eines infektiösen Katarrhs der Scheide und der Vulva behandelt, unter welchen bei 9 die Infektion im Spitale stattgefunden haben mufs. Bei allen Kindern bestand ein mehr oder minder reichlicher, schleimig-eiteriger oder rein eiteriger Ausflufs aus der Vagina und der geröteten und etwas geschwollenen Vulva, der an den Labien zu gelblich grauen Krusten vertrocknete und nur ausnahmsweise eine stärkere Reizung der Teile zur Folge hatte. In dem Eiter fand sich konstant und während der ganzen Dauer der Erkrankung der Neisserscbe Gonokokkus oder ein ihm ähnlicher in charakteristischer Weise innerhalb der Eiterzellen gelagert, der sich mit Leichtigkeit in kalten Lösungen von Methylenblau oder Gentianaviolett färben liefs. Die subjektiven Beschwerden waren meistens gering; doch war die Affektion in allen Fällen sehr hartnäckig und widerstand selbst der energischsten antiparasitären Behandlung. 9 Fälle wurden geheilt, 4 nur gebessert und 6 blieben ungeheilt. Nach wiederholten täglichen Ausspülungen der Vagina mit lauem Wasser wurden noch folgende Ausspülungen angewandt: Sublimat 1 : 3000 bis 1 : 500, Zinc. sulf. 1 : 600, 2 % Karbol und 2 % Thallinlösungen. In den schweren Fällen wurden auch Jodoform-

stifte eingelegt. Ätiologisch ergab sich für die von aufsen hereingekommenen Erkrankungen, dafs in 3 Fällen beide Eltern oder wenigstens der Vater an Gonorrhöe, in 2 Fällen Geschwister daran litten, in den übrigen 5 Fällen liefs sich nichts Bestimmtes ermitteln. In keinem Falle war ein Struprum anzunehmen, dagegen gehörten alle Kinder den niedern Volksklassen, an in denen durch Unreinlichkeit, Zusammenschlafen etc. die Übertragung stattgefunden haben kann. Bezüglich der Hausinfektion konnte die Übertragung durch dritte Personen oder durch Gegenstände leicht nachgewiesen werden.

Über die gonorrhoische Schleimhautaffektion beim Weibe, von Dr. Fabry. (Ebenda No. 43.) Von 51 untersuchten Patientinnen wurde bei 35 das Sekret des Cervix und der Urethra, bei 12 das der Bartholinischen Drüsen auf Gonokokken untersucht; die übrigen 4 Fälle betrafen Kinder mit Blennorrhoea vaginae. Das Auffinden der Gonokokken ist nicht immer leicht und bedarf manchmal wiederholter Untersuchungen. Positiver Gonokokkenbefund ergab sich in 38 Fällen, und zwar im Cervix allein in 2, in der Urethra allein in 20 und im Cervix und Urethra in 16 Fällen. Die Glandula Bartholini ergab zweimal positiven Befund; bei den 4 mit Blennorrhoea vaginae waren zweimal Kokken nachweisbar. F. zieht daraus folgende Schlüsse: die Urethra ist neben dem Cervix am häufigsten der Sitz der Gonorrhöe beim Weibe. Selbst im akuten Stadium kann die Urethritis ohne deutliche Symptome verlaufen. Ein spontaner Ausgang in Heilung scheint vorzukommen, doch ist die Urethritis auch in der Therapie mehr zu berücksichtigen. Die Gonorrhöe der Cervikalschleimhaut läfst sich von der benignen nur durch den Nachweis der Gonokokken unterscheiden.

Zur Therapie der syphilitischen Augenleiden, von Dr. Paul Silex. (Ebenda.) Von 81 untersuchten Patienten litten 23 an unzweifelhafter Iritis syphilitica, 14 an Gumma iridis, 16 an Chorioiditis, 19 an Retinitis, 9 an Neuritis. Bei 31 waren bereits vorher spezifische Kuren angewandt, und zwar hatten 3 Jodkali (40—50 g), 10 unvollständige Schmierkuren, 14 Sublimatinjektionen, 1 Kalomelinjektion und 3 Sublimatpillen gebraucht. Bei den mit subkutanen Injektionen behandelten traten 8 Tage—1½ Jahre nach ihrer angeblichen Heilung bei 2 Iritis, bei 3 Gumma iridis, bei 5 Retinitis, bei 3 Chorioiditis und bei 1 Neuritis auf. Während des Gebrauchs des Jodkali zeigten sich bei den damit behandelten 1 mal Chorioiditis, 1 mal Retinitis und 1 mal Iritis; bei den mit ungenügender Schmierkur behandelten konstatierte man 4 Iritis, 2 Chorioiditis 1 Gumma, 1 Retinitis. 10 Kalomelinjektionen hinderten nicht nach 1 Jahr das Auftreten von Iritis. Bei 50 Patienten, die vorher noch garnicht behandelt waren, fand man bei einigen noch Hautsyphilide; dieselben wurden sowohl in der Klinik als ambulatorisch mit Inunktionen (Einzeldosis 3 g) behandelt, und war bei 24 selbst nach 1½ Jahren kein Augenleiden wieder aufgetreten. Verf.

legt neben den Inunktionen auf die Schwitzkur, die durch Natr. salicyl. und warmem Thee erzeugt wird, grofses Gewicht.

Über Syphilisbehandlung, von Dr. M. Joseph. (Ebenda No. 43.) Schon aus der Überschrift „Zusammenfassender Bericht über die neuesten Erscheinungen auf diesem Gebiet" kann man ersehen, dafs der Verf. nichts Neues bringt, sondern dafs er, nachdem er beim Primäraffekt die Exzision oder auch die Kauterisation mit dem Paquelin empfiehlt, nur das in der Litteratur Bekannte über Kalomel-, Hydr. oxyd. flav.- und Hydr. carbol. oxyd.-Injektionen und ihre Wirkurgen zusammenstellt. Er erwähnt ferner, dafs Lustgarten Hydr. tann. oxydul. 2,0 (10,0 Vaselin) mit gutem Erfolge injiziert, und dafs über das von Lang zu Injektionen empfohlene Ol. ciner. noch zu wenig Erfahrungen vorliegen.

Berlin. L. Hoffmann.

Dr. Theodor Landau, **Zur Kasuistik der chronischen Ulcerationen an der Vulva** (*Arch. f. Gynäkologie.* Bd. XXXIII. Heft 1) teilt die Krankengeschichte eines Mädchens mit, bei welchem an den äufseren Geschlechtsteilen Geschwüre auftraten, welche 3 Jahre hindurch der sorgfältigsten Behandlung hartnäckig widerstanden und endlich nur durch eine ganz kräftige Kauterisation beseitigt wurden. Nachdem L. Syphilis, Karzinom und Neubildungen überhaupt, Tuberkulose und Lupus ausgeschlossen hat, stellt er die „Diagnose" mit Fourniers Worten: Ce sont des ulcérations et voilà tout.

Hamburg. Török.

Syphilis des Nervensystems, von Prof. von Ziemssen. Er teilt die Syphilis ein in die des Gehirns, des Rückenmarks und der peripheren Nerven und scheidet wieder die Gehirnsyphilis 1. in die Pachymeningitis, syphilitische Erkrankung der Schädelknochen, des inneren Periosts und der Dura; 2. die Leptomeningitis (Periencephalitis); 3. die syphilitische Arterienerkrankung; und 4. das Syphilom, die syphilitische Erkrankung der Gehirnsubstanz selbst. Als Unterabteilungen der Erkrankung des Rückenmarks führt er die syphilitische Meningitis, die Syphilis der Wirbelkörper und der Rückenmarkssubstanz auf. Bei der syphilitischen Neuritis hebt er die Erkrankung des Trigeminus und Ischiadicus, des Opticus und den neuralgischen Kopfschmerz hervor. Bei allen diesen Formen schildert er genau die

Symptome und Verlauf und behandelt eingehend die Differentialdiagnose Über die Behandlung äufsert er sich dahin, dafs, wenn die krankhaften Veränderungen nicht zu weit vorgeschritten sind, und sich Syphilis als Vorkrankheit nachweisen läfst, man wenigstens einen Versuch mit einer antiluetischen, durch Jahre protrahierten Kur machen müsse. (*Münchener med. Wochenschr.* No. 41, 42 u. 43.)

Nürnberg. ECKART.

Hypertrichosis infolge von Allgemeinerkrankung des Nervensystems, von H. OHMAN-DUMESNIL. Eine 28jährige Dame, die früher einen auffallend zarten Teint besessen hatte, bemerkte vor kurzem, dafs sich auf beiden Seiten der Stirn, auf beiden Wangen und auf der Oberlippe die Haut dunkel zu färben und mit sehr dichten, dünnen $^1/_4$—$^1/_2$ Zoll langen Haaren zu bedecken begann; die Flaumhaare schienen allgemein ein wenig verlängert zu sein. Verf. wies bei ihr das Bestehen schwerer Neurasthenie des Hirn- und Rückenmarkssystems nach, und da proportional dem Auftreten der nervösen Symptome das Unterhautzellgewebe immer reichlichere Massen Fett angesetzt hatte, so glaubte er auch die ungewöhnliche Haarentwickelung auf ähnliche und zuletzt somit auf nervöse Einflüsse zurückführen zu dürfen. Und der Erfolg wenigstens gab ihm recht. Als nach etwa einjähriger Behandlung die Neurasthenie geschwunden war, war auch die Haarneubildung vollständig beseitigt, ohne irgend einen lokalen Eingriff. (*Neurol. Centralbl.* 1888. No. 19.)

Nervi bei Genua. PAULY.

Amerika.

MERZ, **Neuere Fortschritte in der Elektrolyse.** (*Columbo Medical Journal.* Juni 1888.) Nach zahlreichen Versuchen fand der Verf., dafs die von den Juwelieren gebrauchten feinen Nadeln am geeignetsten seien zur Zerstörung von Haaren auf elektrolytischem Wege. Ein Strom von 30 Milliampères, 30 Sekunden lang angewandt, zerstört mit Sicherheit selbst die stärksten Haare. Gewöhnlich genügen schon 2 Milliampères (? Red.).

Dr. WILLIAM OSLER, **Diagnose der Pocken.** (*Medical Standard.* Chicago. April 1888.) Drei Hauptformen der Prodromalexantheme der Blattern werden unterschieden, nämlich:

1. Kleine Petechien erscheinen gewöhnlich in der untern Abdominalregion und an den Weichen, manchmal auch zu Seiten des Halses oder in der Achselgegend. Erysipel kann diesen Ausbruch begleiten oder ihm folgen. Diese diagnostisch wichtige Form kann sich schon am zweiten Tage einstellen. Die Prognose ist im ganzen günstig.

2. Erythematöse Form. Diese ist entweder diffus und dann dem Scharlach sehr ähnlich oder auf die Schenkel und seitliche Brustgegend beschränkt. In letzterem Falle sind gewöhnlich auch Petechien vorhanden. Die Verwechselung mit Scharlach ist selten möglich.

3. Makulöse, masernartiges Exanthem. Verf. bekam zwei Masernfälle mit der Diagnose Variola ins Hospital geschickt. In einem dritten Falle wo der gleiche Irrtum gemacht wurde, impfte man den Patienten sofort und entliefs ihn. Nach 10 Tagen kehrte er jedoch schwer an Blattern erkrankt wieder zur Abteilung für Variola-Kranke zurück. Der Autor berichtet dann über einen Fall von Variola haemorrhagica, der für Cerebrospinal-Meningitis gehalten wurde. Der Tod des 4jährigen Patienten trat am 6. Tage ein. Nicht nur beseitigte die Autopsie alle Zweifel, sondern auch die Mutter des Kindes erkrankte und starb bald darauf an Blattern. —

Die Differentialdiagnose zwischen Variola und Varicella ist nicht immer leicht. Im Jahre 1885 wurde derjenige Fall, der Variola nach Montreal brachte und zum Ausbruch einer der verderblichsten Epidemien der Neuzeit Veranlassung gab, für Varicella gehalten.

Th. P. Satterwhite, **Kokainintoxikation.** (*The Americ. Practitioner and News.* Louisville (Kg.) Juli 1888.) Es wird ein Überblick über 100 Fälle von Vergiftung durch Kokain gegeben und folgende Schlüsse gezogen:

1. Kokain wirkt in grofsen Gaben giftig, oft letal.

2. Es vermag selbst in Gaben, die sonst für unschädlich gehalten werden, bedrohliche, ja tödlich endende Zufälle hervorzurufen, und zwar gleichgültig, ob bei jungen, alten, starken oder schwachen Personen angewandt.

3. Bei hypodermatischer Anwendung des Mittels ist die Gefahr einer Vergiftung am gröfsten.

4. Die Gröfse der letalen Dosis ist noch unbestimmt.

5. Vorsicht ist jedesmal geboten, und als Gegenmittel im Falle der giftigen Wirkung sollten Amylnitrit, Morphin, Atropin (hypodermatisch) und Alkohol, Ammonium und Digitalis stets bereit gehalten werden.

New York. Leviseur.

John T. Bowen, **Zwei Formen von Hauttuberkulose.** (*The Boston Medical and Surgical Journal.* Juli 1888.) Ein 52jähriger Zimmermann zeigte eine seit beinahe 9 Jahren bestehende Läsion am Rücken der linken Hand, und zwar am unteren Ende des 4. und 5. Metakarpalknochens. Die Farbe ist bläulich rot, die Konsistenz eine ziemlich feste, die Form papillomatös erhaben. Der Patient war seit einer Reihe von Jahren mit Zimmermannsarbeit an Bord von Schiffen, die dem Viehtransport dienten, beschäftigt. Die mikroskopische Untersuchung ergab das von Riehl und Paltauf als für Tuberculosis verrucosa cutis charakteristisch geschilderte Bild. Tuberkelbacillen waren in mäfsiger Zahl vorhanden und zwar mehr, als man bei Lupus findet, und weniger als bei Miliartuberkulose.

Syphilis unter den Cattarangus-Indianern. (*The Medical Register* August 1888.) In seiner zwölfjährigen Erfahrung fand der Verfasser, dafs primäre Syphilis unter dem Indianerstamm mit der Zeit aufserordentlich selten geworden ist. In den letzten 5 Jahren sah er nur 2 Fälle. Vor 40 Jahren war Syphilis hier epidemisch, kaum eine einzige Indianerfamilie entging den Verwüstungen der Krankheit, welche während der 10 oder 15 folgenden Jahre eine entsetzliche Plage bildete. — Auffällig ist dem Autor jetzt, dafs so viele selbst an den schwersten Formen der Krankheit Leidende ohne jede Behandlung vollständig genesen.

Fall aus der Privatpraxis. Dr. G. F. Lydston berichtet über einen Fall von **Syphilis mit sehr kurzer Inkubations-Periode.** Ein Arzt aus Cincinnati stellte sich mit einer abblassenden Roseolasyphilis vor, charakteristischer Rachenkatarrh und allgemeine Adenopathie waren gleichzeitig vorhanden. Patient gibt an, die Roseola sei vor 3 Monaten erschienen und zwar beinahe gleichzeitig mit einer kleinen Erosion an der glans penis. Er hatte sich zwei Wochen vorher zum erstenmale und 5 Tage vor dem Erscheinen der Erosion zum zweitenmale bei demselben Frauenzimmer exponiert. Bei dieser Frau entwickelte sich ein Schanker, der von sekundären Symptomen gefolgt war, 2 oder 3 Wochen nach dem Erscheinen der Krankheit beim Patienten. Das Gift war also wahrscheinlich in der Vagina der Frau von einem andren deponiert, infizierte dann den Patienten, der nach kurzer Inkubationszeit Allgemeinsymptome bekam. Der letztere teilte hierauf der Frau die Krankheit mit, bei welcher die Inkubationszeit aber eine längere war.

Dr. J. S. Prettyman, **Ist eine prolongierte Merkurialkur ratsam bei Syphilis?** (*Medical Record.* Sept. 1888.) Der Autor steht auf dem veralteten Standpunkt der Antimerkurialisten, ohne neue Verteidigungsgründe anführen zu können. Seine Fälle gehören fast sämtlich den Spätformen der Syphilis an. Die Rezepte bestehen aus einer Kombination von Jodkalium und Drasticis (Syrupus stilling. comp., Podophyllin, Irisin, Phytoluccin). Natürlich werden die glänzenden Heilresultate nur den letzteren Mitteln zugeschrieben.

Dr. Chevalier Q. Jackson, **Morphin als Ursache der Akne rosacea.** (*Medical and Surgical Register.* Philadelphia.) Dafs die Morphiumsucht ein ätiologisches Moment für Akne rosacea abgeben kann, wird hier durch 3 Fälle illustriert, die der Verf. aus einer Reihe von Beobachtungen heraus greift. Im ersten Falle waren die Symptome einer bestehenden Akne rosacea bei allmählicher Verkleinerung der Morphiumdosen schwächer, um 4 Monate nach vollkommener Abstinenz ganz zu verschwinden.

Der zweite Fall war ein milderer. Der betreffende Patient nahm Morphium in kleinen Dosen per os 2 bis 3mal täglich. In kürzester Zeit, nachdem mit der Morphiumdosis heruntergegangen wurde, besserte sich die Akne rosacea und war in 3 Monten fast völlig verschwunden.

Den 3. Fall gibt eine Schauspielerin ab, die seit einer Reihe von Jahren Morphium nahm, aber öfters aussetzte. In letzter Zeit hatte sie das Mittel häufiger beim Herannahen dysmenorrhoischer Beschwerden gebraucht. Es entwickelte sich Akne rosacea, die sich merklich verschlimmerte, namentlich wenn mehr Morphium genommen wurde. Chloral, welches einmal substituiert wurde, hatte keine Exacerbation der Akne rosacea zur Folge. In einem Privat-Hospital für Opiumsüchtige behandelt, kehrte die Dame nach 3 Monaten, bis auf kleine Spuren, von ihrer Akne rosacea befreit zurück. — Erwähnenswert ist, dafs bei allen Fällen starkes Jucken zu konstatieren war. Zum Schlufs wird darauf aufmerksam gemacht, dafs man durch umgekehrte Schlufsfolgerung bei mit Jucken associierter Akne rosacea Verdacht auf Morphiumsucht in gewissen Fällen haben könnte, was öfters zur Entdeckung des geheimen Lasters und Heilung des Patienten führen könnte.

New York. Dr. Leviseur.

Zur gefälligen Beachtung.

Die dieser Nummer beigeheftete Farbendrucktafel VII gehört zu dem Artikel von Dr. E. von Düring, Die Einwirkung des des regulinischen Quecksilbers auf tierische Gewebe, in No. 21 vom 1. November.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg und Leipzig.
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VII. No. 24. 15. Dezember 1888.

Über die Behandlung der infektiösen Urethritis mittels der Thallin-Antrophore.

Von

Dr. S. Istamanoff
in Tiflis (Rufsland).

Ausgehend von den Untersuchungen von Kreis[1], über das Verhalten der Gonokokken zu Thallinsalzen, wendete Professor Goll[2] das Thallinum sulfuricum als Urethraleinspritzungen bei Tripper an; die Resultate waren im Vergleich mit den andern gebräuchlichen Mitteln für die Urethralinjektionen glänzende.

Gleich günstige Wirkung des Thall. sulf. hat auch Irminger[3] gesehen. Seine Anwendungsweise des Mittels war eine doppelte: 1. innerlich dreimal täglich zu 4 g Pulver des Thallini sulf. und 2. gleichzeitige Urethraleinspritzungen mit der Thallinlösung oder Einlegung dreimal täglich in die Urethra von Thallinstiften.

Unbefriedigende Resultate, die man bei Urethraleinspritzungen überhaupt bekam, gaben den Autoren die Idee, den Tripper mit medikamentösen Bougies und Sonden zu behandeln; solcher Methoden gibt es jetzt ziemlich viele, und nach der Beobachtung von Lohnstein[4] haben die Antrophore von Stephan unleugbare Vorzüge. Lohnstein verwendete vorzugsweise 2—5 % Thallin-Antroph. Alle seine Kranken vertrugen diese Kur gut; nur einige klagten anfangs über Brennen beim Einführen der Thall.-

[1] *Schw. Corr. Blatt.* 1887. No. 1.
[2] *Wien. med. Blätter.* 1887. No. 1.
[3] *D. M. Ztg.* 1887. No. 77.
[4] *Allgem. med. Cent. Ztg.* 1888. No. 16 u. 17.

Antroph. Nebenwirkungen, die gewöhnlich bei Urethraleinspritzungen vorkommen (Blasenkatarrh, Epididymitis), sieht man bei dieser Applikation fast nie, nur mufs der Arzt immer selbst die Antrophore einführen und nicht den Patienten überlassen. Lohnstein behandelte nach dieser Methode 93 mit Tripper behaftete Kranke. Von 26 an akuter Gonorrhöe leidenden Patienten wurden geheilt innerhalb 1—3 Wochen 24; Mifserfolge wurden in 2 Fällen beobachtet. Von 39 an subakuter Gonorrhöe leidenden Kranken wurden geheilt innerhalb 2—5 Wochen 32; in 7 Fällen wurden Mifserfolge beobachtet. Von 28 an chronischer Gonorrhöe leidenden Kranken wurden geheilt nach 6 Wochen 22, in den übrigen 6 Fällen konnte keine Besserung erzielt werden.

Diese Erfahrungen über die gute Wirkung des Thall. sulf. bei Urethritis veranlafsten Nachtigal[5], Bougies mit diesem Medikament anfertigen zu lassen, die er bei Tripper anwendete, und die Resultate waren viel besser als bei den früher von ihm erprobten medikamentösen Bougies aus Tannin., Zinc., Plumb., Arg. nitr. etc. Beim Thallin waren im Durchschnitt 10 Applikationen weniger notwendig als bei den andern Medikamenten, und die Dauer der Krankheit wurde ungefähr auf eine Woche vermindert. Als Stephans Antrophore im Handel bekannt wurden, prüfte N. dieselben und bekam noch bessere Resultate; die Summe der Applikationen verkürzte sich auf 20, und die Dauer der Krankheit wurde noch um eine Woche vermindert.

Diese günstigen Resultate schreibt Nachtigal einerseits der spezifischen Wirkung des Thall. sulf. auf die Gonokokken, anderseits der sichern Handhabung der Antrophore zu, die, weich und biegsam, sich gut und genügend weit einführen lassen, ohne jemals abzubrechen und dann einen gleichmäfsigen Druck auf die Wandung der Harnröhre ausübten.

Fenwick[6] erprobte 5% Thallin-Antrophore in 100 Fällen von Tripper, und die erlangten Resultate waren im ganzen die gleichen wie von Lohnstein. Innerhalb von 3—5 Wochen

---

[5] *Therap. Monatshefte.* 1888. No. 2.
[6] *Allg. med. Centr. Ztg.* 1888. No. 32.

kurierte Fenwick 2—14 Jahre lang bestehende Tripper, welche den übrigen Methoden hartnäckig widerstanden hatten. Dem Antrophor, nach der Beobachtung von Fenwick, widerstanden nur solche Fälle von Tripper, wo es sich um „zirkumskripte Granulationen auf den entzündeten Partien und um ulceröse Prozesse" handelte. In allen seinen Fällen hat Fenwick nie Nebenwirkungen gesehen. Was die unangenehme Wirkung — hervorgerufen durch Antrophor — anbelangt, so ist es die Reizung der Urethra nach der ersten Applikation; in solchen Fällen kann man anfangs statt 5 % Thall.-Antroph. 2 % anwenden.

Seitdem das Thall. sulf. für die Therapie des Trippers vorgeschlagen wurde, wendete ich dasselbe in 2 %iger Lösung für Urethraleinspritzungen an, und ich bin zu dem Schlufs gekommen, dafs von allen bisher bekannten Mitteln für Urethraleinspritzungen das Thall. sulf. das beste ist. Nach der Mitteilung von Lohnstein über Stephansche Thallin-Antrophore begann ich dieselben zu prüfen, und war erstaunt über die vorzüglichen Resultate, die ich bei der Anwendung dieses Mittels bei Tripper bekam.

Thall.-Antroph. (Stephan) wendete ich in 53 Fällen von Tripper in den verschiedenen Perioden der Krankheit an. Von 29 akuten Fällen war vollständige Genesung innerhalb 10—20 Tagen in 28 Fällen. Von 24 subakuten und chronischen Fällen wurden geheilt innerhalb 3—5 Wochen 21. Von 4 ungeheilt gebliebenen Fällen konnte ich bei einem an akuter Gonorrhöe leidenden Patienten mit dem Einlegen nicht fortfahren, weil er nach der ersten Einführung des Thall.-Antroph. heftige Schmerzen in der Blasengegend, heftigen Urindrang und Schmerzen beim Urinieren bekam; dabei stieg die Körpertemperatur bis 38,7 ° C. Der Kranke wurde nach einigen Tagen vollständig gesund. Einen ähnlichen Fall hat schon Dr. Altschul[7] mitgeteilt. In den übrigen 3 Fällen haben auch die Applikationen andrer Mittel negativen Erfolg gegeben.

Ich wende immer 5 % Thall.-Antroph. an, einmal täglich, bis vollständige Genesung eintritt. Die Länge des Antrophors

[7] *Therap. Monatshefte.* 1888. No. 6.

schwankt zwischen 14—25 cm, je nach dem Falle. Ich habe bis jetzt gar keine schlechten Nebenwirkungen bei der Anwendung der Thall.-Antrophore, aufser im oben erwähnten Falle, gesehen.

Das Brennen, welches anfangs beim Einführen des Thall.-Antroph. eintritt, ist nicht stark und wird von den meisten Patienten leicht ertragen.

Anfangs, um es dem Patienten zu zeigen, führe ich das Antrophor selbst ein, später kann der Kranke, ohne sich etwas zu schaden, selbst einführen, obwohl LOHNSTEIN es nicht empfiehlt.

Zum Schlufs mufs ich bemerken, dafs die Thall.-Antroph. nicht innerhalb 8—10 Minuten schmelzen, wie es von einigen Autoren angegben wird, sondern dafs man 15—20 und ja sogar länger warten mufs.

Dermatitis tuberosa als Folge von Jodkaliumintoxikation; die sogenannte Acné anthracoïde jodopotassique.[1]

Von

R. W. TAYLOR M. D.
Arzt (Chirurg) am Charity Hospital.

Unter den vielen und mannigfaltigen Veränderungen, durch welche sich der toxische Einfluſs der Jodpräparate auf der Haut dokumentiert, findet sich auch die höchst seltene Form, auf die ich jetzt Ihre Aufmerksamkeit lenken möchte. Bei genauerer Durchsicht der gesamten Litteratur über diesen Gegenstand finde ich nur zwei analoge Fälle verzeichnet, und bei dem einen derselben ist das Wesen der pathologischen Veränderungen weniger bewiesen, als vielmehr nur auf Grund von Vermutungen als ein derartiges angenommen.

[1] Gelesen vor der American Dermatological Association, bei deren zwölfter Jahresversammlung zu Washington. D. C.

In diesem Vortrage beabsichtige ich die Krankengeschichte eines exquisiten Falles jenes Ausschlags, welcher zuerst durch Dr. Bésnier (Paris) in gröfseren Kreisen Beachtung erlangte, und welcher von ihm Acné anthracoïde jodopotassique genannt wurde, wiederzugeben. So interessant auch sein Fall in verschiedener Beziehung ist, so war doch dessen Verlauf ein so rapider, dafs man besten Falles sagen mufs, dafs er einen kaum genügenden Gegenstand klinischer Beobachtung abgab. Gestützt auf die hierbei gewonnenen Kenntnisse legte dieser Forscher der Affektion die eben genannte Bezeichnung bei, doch werden wir zeigen können, dafs dieselbe nur eine bedingungsweise Annahme beanspruchen kann.

Neben der Prüfung meines Falles und der beiden andern werde ich auf das Verhältnis des dabei auftretenden Ausschlags zu andern auf Jodeinwirkung beruhenden Hautaffektionen eingehen und hoffe, dafs es mir gelingen wird zu zeigen, dafs die meisten derselben der Hauptsache nach einfach Entzündungen der Haut darstellen.

Von dieser Auffassung aussgehend, wird es mir, denke ich, gelingen, eine unzweifelhafte Wechselbeziehung zwischen sämtlichen Formen des Jodausschlags nachzuweisen hauptsächlich aus dem Grunde, weil eine Entzündung der Haut thatsächlich in allen Fällen den krankhaften Veränderungen zu Grunde liegt, aufser bei jenen ziemlich seltenen auf hämorrhagischer Basis beruhenden Fällen. Die Richtigkeit dieser Ansichten zugegeben, so folgt mit logischer Konsequenz, dafs es nicht eine gröfsere Anzahl verschiedener Jodausschläge, wie von manchen Autoren angenommen wird, geben kann, sondern dafs wir es mit einer einheitlichen Affektion zu thun haben, welche aber allerdings Verschiedenheiten in bezug auf Gestalt, Entwickelungsgrad und sonstige Modifikationen und Veränderungen darbietet.

Bei Bésniers Fall[2] sind die Hauptpunkte folgende: Patient, ein 40jähriger Mann, hatte sich wegen chronischer, hartnäckiger Schuppenbildung an beiden Händen in ärztliche Behandlung begeben und wurde von B. auf Grund einer syphilitischen Anamnese

[2] *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 1882. pag. 171.

mit Jodkalium in Gaben von 1,8 g täglich behandelt. Als nach Verlauf von 8 Tagen Patient sich wieder einstellte, war das Gesicht, sowie der obere Teil des Thorax mit wirklichen Tumoren bedeckt. Dieselben hatten die Gröfse einer Erbse bis einer kleinen Bohne, waren von kupferroter Farbe, schlaff, fast fungös und mit zahlreichen Dellen versehen, so dafs sie in dieser Beziehung den anthrakoiden Furunkeln oder dem Anthrax selbst ähnlich waren. Es konnte der Inhalt nicht durch Druck entleert werden, und beim Inzidieren trat nur Blut aus. Dabei war das Allgemeinbefinden nicht weiter gestört, nur klagte Patient über ein schmerzhaftes, brennendes Gefühl an den entstandenen Neubildungen, welche auch an Gröfse rapid zunahmen.

Bei sofortigem Aussetzen des Medikaments und Anwendung von Tanninglycerol wurde die weitere Entwickelung des Ausschlags alsbald koupiert und ein Zurückgehen der Tumoren in ungefähr zwei Wochen bewirkt. Um diese Zeit waren die Geschwülste alle beinahe ganz flach, einige sogar, anstatt über das Niveau der Haut hervorzuragen, hatten sich in bräunliche, narbige Vertiefungen umgewandelt.

Unter der Bezeichnung „Circumscribed Phlegmonous Dermatitis due to Jodide of Potassium“ schildert Duhring[3] einen Fall, bei welchem nach mäfsigem Gebrauch von Jodkalium während einiger Wochen ein etwas entzündlicher, ringförmiger Fleck auf der Stirn des Patienten auftrat. Derselbe hatte einen Durchmesser von einem halben Zoll und war aus einer Anzahl stecknadelkopfgrofser, vesiko-pustulöser Knötchen zusammengesetzt, was an das Aussehen eines entzündlich gereizten Herpes tonsurans-Flecks erinnerte. Die Affektion dehnte sich rapide aus und kam auch an verschiedenen andern Stellen zum Vorschein. Nach 14 Tagen hatte die ursprüngliche Stelle einen Durchmesser von fast zwei Zoll erreicht und stellte sich als einen scharfumschriebenen und wohlmarkierten, unregelmäfsig rundlichen, erhabenen, derben, entzündlich rötlichen Fleck dar. Im Zentrum war derselbe eingedrückt und mit einer Borke bedeckt, da an dieser Stelle die Entzündung nachgelassen hatte. Über dieses

[3] *Medical and Surgical Reporter.* Decbr. 13. 1879.

Gebiet verstreut fanden sich namentlich an der Peripherie mehrere pustulös entzündete Talgdrüsen, welche Neigung zum Platzen bekundeten. Schnitt man auf diese gelblichen Knötchen ein, so fingen sie an zu bluten, entleerten aber sonst ihren Inhalt nicht.

Mein eigener Fall verlief folgendermafsen:

M. F., ein 26jähriger Amerikaner von schmächtigem Habitus, blassem Hautkolorit, solider Lebensweise, liefs sich im New York Hospital des Dr. G. L. Peabody, das mir von diesem zwecks klinischer Beobachtungen freundlichst zur Verfügung gestellt wurde, am 23. Dezember 1887 aufnehmen. Drei Jahre zuvor hatte er einen Schanker acquiriert, dem wohlmarkierte Sekundärerscheinungen gefolgt waren. Er wurde deswegen einige Zeit und seither wegen des Auftretens oberflächlicher syphilitischer Affektionen mit kürzeren oder längeren Unterbrechungen während längerer Zeit fortbehandelt. Seine Gesundheit war im allgemeinen die drei Jahre hindurch leidlich gewesen, alsdann traten aber ungefähr einen Monat vor seiner Aufnahme im Hospital Schmerzen im Kopfe auf, welche, ohne scharf lokalisiert zu sein, auf der Stirn und um die Augen am heftigsten waren. Diese Beschwerden stellten sich gegen Dunkelwerden ein und nahmen während des Abends und in der Nacht an Heftigkeit zu. Ferner hatte er über häufiges Frostgefühl zu klagen. Die Temperatur schwankte zwischen 37,°2 und 39,°0. Die Milz war stark vergröfsert. Während 6 Tagen nahm er 1,2 g Jodkalium dreimal des Tages. Aldann wurde die Dosis auf 1,5 g gesteigert. Bei dieser Behandlung trat im Laufe von 12 Tagen (3. Januar 1888) eine merkliche Besserung ein, indem die cerebralen Beschwerden weit weniger intensiv wurden und die Milzschwellung bedeutend abnahm. Es wurde nun die Jodkaliumdosis auf dreimal täglich 2,4 g gesteigert, worauf sich fünfzehn Stunden später die Wirkung des Medikaments auf der Haut zu zeigen begann. Trotz der Dermatitis wurde es für notwendig befunden, (16. Jan.) die Dosis weiter auf 3,6 g, und 3 Tage später sogar auf 4,8 g dreimal des Tages zu steigern. Nach wenigen Tagen war eine so ausgesprochene Besserung der Cerebralsymptome, sowie des Allgemeinbefindens eingetreten, dafs die Gabe auf 1,8 t. i. d. herabgesetzt werden konnte. Bei dieser Behandlung besserte sich

Patient so beträchtlich, dafs er bald das Hospital verlassen und meine Klinik ambulant besuchen konnte.

Eine Schilderung des durch das Jodkalium verursachten Ausschlags, wie ich denselben durch die ganze Krankheitsdauer hindurch beobachtete, läfst sich kaum unter Berücksichtigung der Chronologie geben.

Auf der Stirn, der rechten Schläfe, oberhalb oder vielmehr aufserhalb des rechten Auges, auf der rechten Wange und dem Hals finden sich eine Anzahl völlig ausgebildeter Tumoren nebst andern, welche im Wachsen begriffen sind. Symmetrische Affektionen bestanden auf der linken Seite des Gesichts und des Halses.

Diese Neubildungen (denn als solche sind sie thatsächlich anzusprechen) zeigten eine tiefrote Farbe, eine meistenteils runde, zuweilen etwas ovale Begrenzung, und eine Ausdehnung, welche von der Gröfse eines silbernen Dreicentstücks bis zu derjenigen eines Vierteldollars variierte. Es waren darunter sowohl gestielte als auch breitbasig aufsitzende Tumoren. Die grofse Geschwulst auf der Schläfengegend war auf der Oberfläche so viel gröfser, als an ihrer Basis, dafs man sie mit Leichtigkeit mittels einer Ligatur hätte abschnüren können. Bei weiterem Wachstum wurde die Stielbildung so viel ausgesprochener, dafs die Neubildung die Gestalt eines Champignons annahm. Der an der einen Seite der Nase gelegene Tumor zeigte einen ähnlichen Bau. Die andern hatten alle scharf markierte, steil abfallende Ränder und safsen völlig breitbasig auf der Unterlage auf. Sämtliche Gewächse waren von einem roten Hofe umgeben, welcher aber so wenig ausgedehnt war, dafs daraus zur Evidenz hervorging, dafs der entzündliche Vorgang strenge auf die Neubildungen beschränkt war. Beim Palpieren erwies sich das Gewebe dieser Geschwülste als weich, schwammig und nachgiebig. Die gröfseren derselben boten dem tastenden Finger das Gefühl der Teigigkeit und der Pseudofluktuation dar. Auf der Oberfläche der Mehrzahl dieser Gebilde sieht man eine grofse Anzahl minimaler, trompetenförmiger, siebartiger Öffnungen, aus denen durch Druck eine kleine Menge Eiter ausgepreſst werden konnte. Wurden diese Läsionen sich selbst überlassen, so trocknete der Eiter auf der

Oberfläche der Tumoren ein und bildete Borken von verschiedenem Umfang. Auf dem grofsen Tumor in der Schläfengegend sind ungefähr ein Dutzend solcher minimaler, tief gelber Krusten vorhanden, von denen eine jede als Bedeckung einer der vorhin erwähnten, trompetenförmigen Öffnungen dient. Auf den andern Gewächsen ist der ergossene Eiter zu gröfseren, borkigen Überzügen eingetrocknet, nach deren Entfernung die typischen cribriformen Öffnungen zu tage liegen.

Es sind mit dieser Schilderung die hauptsächlichsten Züge des Ausschlags vor der Anwendung therapeutischer Mafsnahmen wiedergegeben. Mittels feuchter Umschläge oder Salbenverbände läfst sich die Eiterhülle ablösen und ein genaueres Studium der Affektion ermöglichen. Der Umstand, dafs wegen der Erfordernisse des Grundleidens die Darreichung des toxischen Agens in zunehmenden Dosen fortgesetzt wurde, ist zweifelsohne die Ursache gewesen, weshalb der entzündliche Vorgang in den betreffenden Partien fortdauerte und das Wachstum der Neubildungen ein so rapides war. Der Fläche nach nahmen sie sehr beträchtlich zu und erreichten dabei eine Höhe in einigen Fällen bis zu fast einem halben Zoll, in andern und zwar der Mehrzahl von ca. einem sechstel Zoll. Im allgemeinen erforderten die Neubildungen zu ihrer vollständigen Ausbildung, wenn man sich so ausdrücken darf, etwas weniger als eine Woche; jedoch ohne dafs ein Weiterwachsen nach dieser Zeit ausgeschlossen gewesen wäre. Während der ganzen Entwickelungsdauer traten geringere oder gröfsere Mengen Eiter aus den kleinen siebförmigen Öffnungen, welche in minimale Abscefshöhlen des Stammes der Geschwulst führten. Nachdem jedoch der Tumor seine volle Gröfse erreicht hatte, hörte dieser Vorgang fast vollständig auf. Die kleinen Löcher verschwanden, und man darf wohl annehmen, dafs die minimalen Abscefshöhlen sich schlossen oder kollabierten. Von dieser Zeit ab wurde das Sekret, wenn man dessen Entstehung nicht überhaupt verhinderte, von der Oberfläche der Tumoren abgesondert. Dabei boten dieselben ein gleichmäfsiges, warzenartiges Aussehen, ähnlich demjenigen einfacher, venerischer Wucherungen dar. Man kann dasselbe wohl als feinwarzig oder chagriniert bezeichnen, doch ohne dafs ihm die Bezeichnung papillomatös, wuchernd oder

fungös zukäme. Es leuchtet mir indessen vollkommen ein, dafs bei mangelnder Behandlung und bei fortgesetztem Einwirken des kausalen Giftes in Form von Jodkalium diese Gebilde zu wirklichen Papillomen auswuchern könnten.

Nachdem sie nun ihre volle Gröfse in acht bis zehn Tagen erreicht hatten, liefsen die Geschwülste eine Neigung zu chronischem, schmerzlosem, nicht phlegmonösem Verlaufe erkennen. Sie verursachten keine Schmerzen und waren nur wegen der dadurch bedingten Entstellung lästig, um so mehr als sie den Eindruck machten, als ob sie auf unbeschränkte Zeit bestehen bleiben wollten. Die Applikation von Ungt. Zinci und Ungt. caeruleum zu gleichen Teilen erwies sich als wirkungslos, dagegen trat prompte Schrumpfung ein bei täglicher Pinselung mit einer Lösung von Ferrumperchlorid. Aber selbst unter dieser Behandlung verlief die Rückbildung nur langsam; nach Verlauf eines Monats blieben verschiedene pigmentierte Flecke, von denen einzelne deutliche wenn auch nur oberflächliche Atrophie zeigten, zurück.

Diese Jodtumoren hatten nun als lokalisierte, hyperämische Schwellungen der Haut in Gestalt runder oder ovaler Flecke angefangen. Der Nachweis einer begleitenden Entzündung der Talgfollikel im Anfangsstadium ist manchmal möglich, manchmal fehlt dieselbe, aber stets werden diese Gebilde, wo sie überhaupt vorhanden sind, früher oder später mitbefallen. Im ferneren Verlauf wächst die Geschwulst in die Breite und in die Höhe. Das Aussehen der Affektion an der Wange erinnerte bei ihrem ersten Beginn an Akne indurata, und wäre eine Weiterentwickelung über das papulo-pustulöse oder tuberkulo-pustulöse Stadium nicht erfolgt, so hätte man mit voller Berechtigung nur von einer intensiven Jodakne reden können.

Die lokalen Begleiterscheinungen waren in diesem Falle aufserordentlich milde. Patient klagte nur über eine geringe juckende Hitze. Schwerere Störungen des allgemeinen körperlichen Befindens, welche so häufig in Fällen von ausgesprochener Jodintoxikation beobachtet werden, traten garnicht ein.

An der Hand der geschilderten Thatsachen kann es, wie mir scheint, kaum in Zweifel gezogen werden, dafs eine streng lo-

kalisierte, umschriebene Dermatitis durch die Einwirkung von Jod hervorgerufen werden kann, welche mit dem Namen Dermatitis tuberosa sehr präzise gekennzeichnet ist. Unleugbar ist wenigstens der entzündliche Zustand der Haut, und ich glaube auch die Entwickelung dadurch bedingter tuberöser Affektionen in derselben ebenfalls zur Evidenz nachgewiesen zu haben. Die Bezeichnung Acné anthracoïde erscheint mir zu willkürlich und in pathologisch-anatomischer Beziehung nichts weniger als korrekt. Allerdings kann man bei Zuhilfenahme einer regen Einbildungskraft eine gewisse Ähnlichkeit zwischen den kleinen Öffnungen auf diesen Tumoren und denjenigen des Anthrax oder der anthrakoiden Furunkel entdecken; indes ist hiermit der Vergleich in jeder Beziehung alsbald zu Ende. Anthrax und demselben verwandte Leiden stellen ihrem Wesen nach eine Affektion des subkutanen Bindegewebes dar. Die wesentliche Änderung bei diesem Jodausschlag ist die Dermatitis, wobei als sekundäre Komplikation des Prozesses das eigentümliche Befallenwerden der Talgdrüsen mit ihren siebförmigen Öffnungen und Eiterkrusten in zweiter Linie hinzukommt. Die weitere Entwickelung der Tumoren zu breitbasigen und pilzförmigen Gebilden mit mäfsig warziger Oberfläche liefert den schlagenden Beweis der Exsudation und der zelligen Infiltration in die Papillen der Haut als einer natürlichen Folge des entzündlichen Vorgangs. Es kann sogar an diesen Geschwülsten eine Hypertrophie noch höheren Grades vorkommen, und ist in solchen Fällen die Bezeichnung fungös, wuchernd, papillomatös zur näheren Beschreibung gerechtfertigt.

Meine Beobachtungen über die Manifestation der Jodintoxikation an der Haut bei diesem und vielen andern Fällen haben mir die Überzeugung gegeben, dafs Jodausschläge am richtigsten und einfachsten in zwei Gruppen eingeteilt werden, die hämorrhagischen und die kutanen entzündlichen Petechien und Purpuraflecke stellen zweifellos die Wirkung von Veränderungen dar, welche dieses Arzneimittel in den kleinen Gefäfsen und vielleicht auch in der Zusammensetzung des Blutes selbst hervorruft. In der Mehrzahl der Fälle von Jodausschlag ist aber das Wesen der Störung eine Dermatitis und nichts weiter. Die Talgfollikel können sich dabei auch entzünden und minimale Abscefshöhlen

oder Pusteln bilden, jedoch ist dieser merkwürdige Vorgang trotz seiner Augenfälligkeit in Wirklichkeit nur eine sekundäre Folge der papulösen, tuberkulösen oder disseminiert fleckigen Dermatitis, welche ihm zu Grunde liegt.

Die Neigung der Jodausschläge, wuchernde und fungöse Eigenschaften zu verraten, hat manche Forscher (meiner Meinung nach irrigerweise) veranlafst, neue und gesonderte Formen dieser Affektionen aufzustellen, während dieselben doch in Wirklichkeit nichts weiter sind als die Symptome der übermäfsigen Entwickelung des entzündlichen Vorgangs, der bei dem einen auf eine hochgradige Idiosynkrasie, in den andern Fällen auf Übersättigung des Körpers mit dem schädlichen Agens zurückzuführen ist.

Während der letzten zwei Jahre habe ich die ziemlich seltene Gelegenheit gehabt, drei wohlausgesprochene Fälle von bullösem Ausschlag als Folge der Jodwirkung zu beobachten. Nach dem Platzen der Blasen bot das Aussehen der Oberfläche eine fein warzige bis grob wuchernde Beschaffenheit dar. Eine genauere Untersuchung dieser Fälle überzeugte mich aber, dafs das Wesentliche bei diesem Krankheitsprozefs die Dermatitis war, und dafs die Blasenbildung auf Gewebseigentümlichkeiten als die Folge jener Entzündung der Haut zurückzuführen war. Die darauf nachfolgende Entwickelung einer warzigen Oberfläche hing von der Intensität und Hartnäckigkeit der inflammatorischen Veränderungen ab. Sämtliche Fälle von blasenbildendem Jodausschlag unterscheiden sich deutlich durch diese Verdickung der Cutis von dem gewöhnlichen Pemphigus. Alle jene nicht seltenen Fälle, bei denen Papeln, Pustulo-Papeln, Knötchen, Knötchenpusteln, diffuse entzündliche Flatschen (zumal um das Gesicht und zwar dort oft von fungöser Beschaffenheit), sowie subkutane knotige Infiltration als Begleiterscheinungen vorgefunden werden, lassen sich meiner Meinung nach nur durch die vorhandene Dermatitis erklären, und es sind alle die modifizierenden Erscheinungen nur sekundärer Art. Auf Grund dieser Betrachtungen halte ich mich also für berechtigt, den Namen Dermatitis tuberosa der beschriebenen Affektion beizulegen und derselben eine direkte Verwandtschaft mit andern durch Jod hervorgerufenen

Hautausschlägen zu vindizieren. Wie eine Papel sich zum Knötchen, so können beide sich zum Tumor entwickeln.

40 West, 21st street, New York.

Die Organisation des Unterrichts in der Dermatologie und Syphiligraphie auf den deutschen und österreichisch-ungarischen Universitäten.[1]

Vergleichende Studie über den Unterricht der Dermato-Syphiligraphie in Frankreich, Deutschland und Österreich-Ungarn.

Von

Professor Henry Leloir
in Lille.

(Im Auftrage des Ministeriums des öffentlichen Unterrichts.)

Deutsch von Dr. Türkheim in Hamburg.

(Schluſs.)

Aussichten der Privatdozenten für Dermatologie in Frankreich.

Jetzt wollen wir uns aber die Frage vorlegen, wie weit es in Frankreich ein junger Arzt bringen kann, der sich als Privatdozent für Syphilis und Dermatologie habilitiert. Vergleichen wir in Kürze sein Loos mit dem eines deutschen oder österreichisch-ungarischen Arztes. Um Wiederholungen zu vermeiden, wollen wir an diesen Vergleich sofort einige Betrachtungen anknüpfen.

Nachdem also der junge französische Arzt unter der Leitung eines oder mehrerer Lehrer, zuerst als „Externe", dann als „Interne" an der Dermatologie Geschmack gefunden hat, bewirbt er sich um das „Clinicat" der Hautkrankheiten. Daselbst legt er seine Prüfungen vor einem Prüfungs-

[1] Anmerkung der Redaktion. Wir veröffentlichen den gründlichen Artikel unsers französischen Kollegen in wörtlicher Übersetzung mit einigen Auslassungen, welche speziell französische Verhältnisse betreffen. An den Urteilen des Verfassers über deutsche Zustände haben wir uns nicht befugt gefühlt, etwas zu ändern.

Ausschufs ab, in dem als Dermatologe nur derjenige Professor sitzt, bei dem er Chef de Clinique zu werden wünscht.

Bevor ich fortfahre, will ich nur bemerken, dafs ein junger Arzt schon viel Mut besitzen mufs, wenn er sich nacheinander der schwierigen Bewerbung des Bureau central und der Agrégation de Paris unterzieht, um sich für das Klinikat der Hautkrankheiten und Syphilis melden zu können. Ich weifs davon ein Lied mitzusingen. Als ich mich 1881 dazu entschlofs, mich um das Klinikat der Hautkrankheiten am Krankenhaus Saint-Louis zu bewerben, fehlte es nicht an ernstgemeinten und berechtigten Vorstellungen, die mir meine Lehrer und Freunde im Interesse meiner wissenschaftlichen Zukunft machten. Wenn ich mich, hiefs es, jetzt schon zu einer Spezialität entschlösse, so würden meine späteren Mitbewerber um das Bureau central und die Agrégation, sowie einzelne Mitglieder des Prüfungsausschusses mir das vorhalten. Woher ich die Zeit nehmen wollte, meine „Conférences" für das Bureau central und die Agrégation vorzubereiten, wenn ich meine Zeit damit verbrächte (wörtlich), mich mit Dermatologie und Syphilis zu beschäftigen? mit Wissenschaften, die im Bureau central und Agrégation kaum geprüft werden? u. s. w. . . . Trotz aller dieser wohlbegründeten Einwände wollte ich an den Pariser Krankenhäusern und der Pariser Agrégation ankommen, ich bewarb mich und wurde ernannt. Von da an warf ich mich mit Eifer auf das Studium der Hautkrankheiten, für das ich mich während meines Internats bei Cornil und Lailler begeistert hatte. Ich sagte mir: du befindest dich an der ersten Schule der Welt für Hautkrankheiten, unter Leitung eines Lehrers sonder gleichen, in steter Berührung mit den hervorragendsten Dermatologen, den Ärzten des Krankenhauses Saint-Louis, nütze diese günstige Gelegenheit! Und also warf ich mich voll Begier dem Studium der Dermatologie in die Arme, indem ich meine Zeit nicht ganz den Vorbereitungen für die Conférences des Bureau central widmete.

Meine, wenige Jahre später erfolgte Berufung auf die Lehrkanzel für Hautkrankheiten und Syphilis an der medizinischen Fakultät zu Lille war, wird man mir sagen, der Lohn für meinen Fleifs. Ich gebe das gern zu; aber — kamen mir nicht ganz ausnahmsweise, einzige Umstände zu statten? und wie grofs auch immer meine Verdienste um den Fortschritt der Dermatologie gewesen sein mögen, welches auch immer meine Bedeutung als Dermatologe und Syphilidologe war, war es nicht vor allem eine Reihe aufsergewöhnlicher Glückszufälle, denen ich meine schnelle Beförderung zu danken hatte? Ich habe Aussichten gehabt, wie meine Kollegen sagten, ich bestreite das nicht. Aber gerade deshalb möchte ich keinem raten, sich in Frankreich einer Spezialität zu widmen, wie ich es, trotz aller Hindernisse, gethan habe! — Welche Zukunft winkt denn schliefslich einem jungen Chef de Clinique der Dermatologie, wenn er auch recht tüchtig ist? Wenn sein Streben auf eine Lehrkanzel gerichtet ist, so bleibt ihm nur eine dreifache Hoffnung: Paris, Lille, Lyon. Zur Zeit sind diese drei

Lehrstühle durch „Titulaires“ besetzt; wie lange müfste er also warten? Und um schliefslich dahin zu gelangen, da seine Bedeutung als Dermatologe und Syphilidologe allein dazu nicht ausreicht — was wird er beginnen? Er wird sich um die „Agrégation“ bewerben. Jedoch um welche? etwa um die aufserordentliche Professur für Dermatologie und Syphilis? fragten mich deutsche und österreichische Ärzte. Die besitzen wir nicht, mufste ich ihnen leider antworten.

Also, er bereitet sich für seine Professur vor, er erwirbt sich eine allgemeine medizinische Durchbildung, wird ein bedeutender ärztlicher Encyklopädist, ein vorzüglicher Arzt. Nach jahrelangem Warten, nach mühseligen Bewerbungen, die ihn zwingen, seine Spezialität zu vernachlässigen, wird er endlich aufserordentlicher Professor. Und was dann weiter? Damit ist's zu Ende. Und doch nicht ganz zu Ende; denn der „Concours encyclopédique de l'agrégation“ kostet ihn noch mehrere Jahre, während welcher das Studium der Dermatologie wiederum zu kurz kommt. Dann ist er aber allmählich alt geworden, mindestens 40 Jahre, häufig noch älter. Wird man ihn jetzt mit der Vertretung des etwa abwesenden Professors betrauen? wird man ihn zu dessen Assistenten machen? Gewifs, das kommt vor, aber es ist kein Gesetz, ist vielmehr sehr ungewifs. Und dann werden ihm endlich die Augen aufgehen, und wenn er sich nicht schon längst gefragt hat, wird er sich jetzt die Frage vorlegen: Zu was soll ich meine Zeit der Dermatologie widmen, wenn ich voraussichtlich doch keine Professur darin erlange? Ich habe, als ich mich in diese Spezialität vertiefte, einem Schattenbild nachgejagt, während es doch so zahlreiche Lehrstühle der allgemeinen Medizin gibt und ich sichere Aussichten gehabt hätte, bei der Pathologie, der Hygiene, der internen Medizin u. s. w. sogar bei einer der vielen Chaires de Clinique médicale anzukommen. Aber jetzt freilich, wo ich mich nur so einseitig ausgebildet habe, würde eine derartige Bewerbung meinerseits sicher aussichtslos sein. Also nur keine Spezialität! So endet der einstige Feuereifer für unsre anziehende Disziplin mit Entmutigung und Gleichgültigkeit. Der Betreffende hat dann die Vierziger schon überschritten, ist bisweilen bereits nahezu 50. In solchem Alter hat man in Deutschland und Österreich-Ungarn schon längst eine Professur erlangt.

Will der Agrégé trotzdem einen Privatkursus in Dermatologie und Syphilis abhalten (der aber keinen amtlichen Charakter hat und der in keiner Weise honoriert wird), so mufs ihm zum mindesten eine Krankenhaus-Abteilung zur Verfügung stehen. Er mufs also — Paris als Beispiel genommen — Arzt am Hôpital Saint-Louis sein. Sollte ihn der Zufall der Reihenfolge allein dahin bringen? „Bei unsrer veralteten Organisation“, sagen Besnier und Doyon in ihrer meisterhaften Vorrede zur Übersetzung des Kaposischen Werks so richtig, „ist der Arzt, den der Zufall (und nur der Zufall, was man nicht vergessen wolle) des Personenwechsels an das Krankenhaus Saint-Louis bringt, mindestens seine 40 Jahre alt, häufig

kommt er erst viel später dazu" — wenn er überhaupt dazu kommt, füge ich hinzu.

Umgekehrt aber kann ich mir nicht ohne ein Gefühl der Beklemmung die Frage vorlegen: Wer wird an den medizinischen Fakultäten Frankreichs die Professoren der Dermatologie ersetzen, wenn sie aus irgend einem Grunde zurücktreten? Hat die Universität daran gedacht? Hat sie dementsprechende Maßregeln ergriffen? Sind die Agrégés, die die Professoren ersetzen sollen (denn Agrégé muß einer sein, und der Universität muß er angehören, wenn er einen so alten Lehrstuhl [une chaire de création ancienne] besteigen will) auch genügend vorbereitet? Haben wir spezialistisch vorbereitete Agrégés? Die Frage muß leider mit Nein beantwortet werden.

Mit Nein, denn es bestehen keine Concours spécial d'Agrégation, aus denen sich die spätern Professoren ergänzen könnten; es finden sich an den Fakultäten keine spezialistischen Agrégés, die den Professor in seiner Abwesenheit zu vertreten hätten, die den Unterricht ergänzen könnten[2], und unter denen die Fakultät bei einer Vakanz wählen könnte. Die Einrichtung unsrer Universitäten, weit entfernt, die Agrégés zum Studium der Dermatologie zu ermutigen, ist vielmehr geeignet, sie so viel wie möglich davon abzuschrecken.

Man wende mir hier nicht ein, daß zur rechten Zeit sich der rechte Mann noch immer gefunden habe. Wenn man doch nur nicht immer mit so glücklichen Zufällen rechnen wollte, wie der ist, dem die Pariser Fakultät Fournier verdankt. Es handelte sich hier wirklich nur um einen Zufall, A. Fournier hat seine Stellung trotz der mangelhaften Organisation erlangt. Und außerdem ist sein Lehrstuhl, wie derjenige von Lyon und Lille, neuern Datums, erst wenige Jahre alt. Der Unterrichtsminister und die Universität dürfen bei der Ergänzung des Lehrpersonals unsrer wichtigen Spezialität nicht auf den Zufall rechnen. Wer Triumpfe feiern will, muß den Sieg vorbereiten. Deutschland hat das gethan, wie ich soeben gezeigt habe und wie wir noch weiter sehen werden; Österreich desgleichen. Daher kommt es, daß uns Österreich trotz unsrer bedeutenden Dermatologen im Unterricht überlegen ist, und daß die Studierenden alle nach Wien streben. Wer hätte das vor 30 Jahren gedacht? Aber Wien feiert seine Triumpfe, dank dem Genie eines Hebra, der es verstanden hat, sich bei der Regierung und der Universität Gehör zu verschaffen. Und bei alledem gibt sich Österreich mit dem, was es erreicht hat, noch nicht zufrieden. Ehrgeizig, den ersten Rang in der Dermatologie auch zu behaupten, plant es schon wieder geeignete Reformen.

---

[2] Wäre es nicht richtig, an jeder Universität, an der eine Professur für Syphilis und Hautkrankheiten besteht, einen oder mehrere Agrégés anzustellen, die den Professor in seiner Abwesenheit ersetzen könnten, die in einem Nebenkursus die Studenten vorzubereiten hätten, wodurch dem Professor seine Aufgabe wesentlich erleichtert würde?

Der Personenwechsel an den deutschen und österreichisch-ungarischen Universitäten.

Um zu verstehen, wie sich die Professoren an den Universitäten Deutschlands und Österreichs ergänzen, mufs ich einiges über den Personenwechsel mitteilen. In beiden Ländern kann jeder Professor hoffen, von einer unbedeutenderen an eine gröfsere Universität berufen zu werden; er ist nicht an den Ort gebunden.

Wenn er nach Erlangung der Professur, die er seinem Fleifs und seinem Lehrtalent verdankt, weiter arbeitet, so kann er an eine andre Universität berufen werden, die ihm gröfsere Vorteile bietet. Er selber hat zu entscheiden, ob ihm die Vorteile genügen, um den Platz zu wechseln. Es findet hier gewissermafsen ein Handel statt, bei welchem die Verdienste des Professors den Kaufgegenstand bilden, und die von der berufenden Universität dafür angebotenen Vorteile den Preis. — Ich will das hier nicht weiter verfolgen und will nur darauf hinweisen, wie sehr derartige Verhältnisse den Wetteifer unter den Professoren anregen müssen.

In der That hat jeder Professor Aussicht, wenn er fleifsig weiter arbeitet, schliefslich an seine Lieblings-Universität berufen zu werden. Selbst Berlin ist nicht, gleich Paris, ein den Provinzlern ewig verschlossener Ort, den sie nur aus der Ferne betrachten könnten, trotz aller Verdienste ohne Hoffnung, jemals dahin zu gelangen.[3]

Mit einem Wort, in Deutschland besteht für die Professoren sämtlicher Fakultäten derjenige Austausch, die wir nur bei den Fakultäten der Sciences, der Litteratur und des Rechts kennen. Uns allen ist aber bekannt, von wie günstigem Einfluſs dieser Wechsel auf die Entwickelung der genannten Fakultäten ist.

Wenn man einem Fremden die Organisation unsrer Universitäten erklärt, so begreift er nur schwer, warum den Professoren an den genannten drei Fakultäten sämtliche Universitäten, einschliefslich Paris, offen stehen, während die Mediziner höchstens einen unvollkommenen Austausch von einer Provinz-Fakultät zur andern kennen, niemals aber nach Paris gelangen können. Diese unerklärliche Anomalie, diesen auffallenden Unterschied können die Fremden nicht begreifen — und vielleicht begreifen wir ihn ebensowenig. Sollte es daher kommen, dafs sich bei uns der Professor

[3] Darin besteht ja gerade eine der Hauptstärken des wissenschaftlichen Unterrichts in Deutschland und Österreich-Ungarn, dafs die wissenschaftliche Dezentralisation daselbst seit langer Zeit durchgeführt ist, und dafs der Ruhm der Universitäten Leipzig, Jena, München z. B. selbst durch Berlin kaum verdunkelt wird. Zum Teil ist das eine Folge des Wechsels der Professoren, der sich dem Fortschreiten der Wissenschaften in Deutschland so günstig erwiesen hat. Man darf auch aufserdem nicht vergessen, dafs die Vorteile, die sich den Professoren in den deutschen Universitäten bieten, häufig so beträchtlich sind, dafs sie dadurch allein zum Bleiben bestimmt werden.

an der medizinischen Fakultät nur schwer von einem Orte trennt, weil er um seine Praxis besorgt ist? Das mag ich nicht annehmen.

Auf jeden Fall gehen die Pflichten des Lehrers denen des Arztes vor, und die Universität hat es nur mit dem ersteren zu thun und nicht mit dem letzteren. In Deutschland ist der Universitätsprofessor im allgemeinen auch mehr um seine Professur besorgt, als um seine Praxis, zum Teil wohl deshalb, weil dort die Einnahmen eines tüchtigen Lehrers nicht unbeträchtlich sind und er infolgedessen nicht so sehr auf anderweitigen Erwerb angewiesen ist. (Selbstverständlich rede ich nicht von der Konsultativ-Praxis, die nur wenige Stunden täglich in Anspruch nimmt und für den Spezialisten doch ziemlich unentbehrlich ist.)

Der Personenwechsel bewährt sich also in Deutschland auf das beste beim Lehrkörper der medizinischen Fakultät, genau so, wie er sich bei unsern Fakultäten des Sciences, des Lettres, de Droit erprobt hat.

Der Unterrichtsminister hat in den letzten Jahren die Verschiebung des Lehrpersonals von Provinz-Fakultät zu Provinz-Fakultät angeordnet. Das ging nicht ohne Schwierigkeiten ab, aber der Erfolg war zufriedenstellend. Soll diese Einrichtung aber von durchgreifendem Nutzen sein, so mufs sie auch auf die medizinische Fakultät und auf Paris ausgedehnt werden.

Die Wirksamkeit des dermatologischen Unterrichts in Deutschland ist bedingt durch die eben besprochene Art und Weise, in der sich der Lehrkörper ergänzt.

Ohne nun diese Organisation als vollkommen oder auch nur als genügend bezeichnen zu wollen, kann man doch sagen, dafs die damit gewonnenen Ergebnisse bedeutend sind, besonders, wenn man bedenkt, dafs in Deutschland der Unterricht in unserer Disziplin erst mit Bärensprung beginnt. In der That kann Deutschland mit seinen Erfolgen recht zufrieden sein; es verfügt über ein zahlreiches, aus hervorragenden Dermatologen und Syphilidologen bestehendes Lehrpersonal (freilich ist diese Zahl noch ungenügend, da an jeder Universität eine aufserordentliche Professur für Hautkrankheiten bestehen sollte). Es kann auch mit Vertrauen in die Zukunft blicken, da es sich dank der Art und Weise, wie die Professoren sich ergänzen, dank der Möglichkeit, die jedem gewährt ist, durch Fleifs sich eine Stellung an der Universität zu erringen, eine Schar tüchtiger Dermatologen herangebildet hat, unter denen es im Bedarfsfall auswählen kann.

Mängel des dermatologischen Unterrichts in Deutschland. Diese Mängel sind keine Folge der allgemeinen Organisation, welche vortrefflich ist, sondern fliefsen aus örtlichen Ursachen.

Der Unterricht in Hautkrankheiten und Syphilis ist an einigen Universitäten sehr gut. Jedoch scheint er mir bisweilen etwas zu theoretisch

zu sein, während die klinische und praktische Seite zu sehr vernachlässigt wird. Während so z. B. in Wien der Unterricht nach der ausschliefslich praktischen Richtung des Guten vielleicht etwas zu viel thut, widmet man sich auf andern deutschen Universitäten allzusehr abstrakten wissenschaftlichen Spekulationen.

Es ist aber namentlich die schlechte Verwendung des klinischen Materials, die ich manchen deutschen Universitäten zum Vorwurf machen möchte. Auf mehreren Universitäten besteht eine Lehrkanzel für Hautkrankheiten; dieselbe ist durch einen tüchtigen, vielleicht sogar hervorragend tüchtigen Dermatologen besetzt, aber die klinischen Hilfsmittel, die ihm zur Verfügung stehen, sind durchaus ungenügend. So staunt man z. B., wenn man sieht, dafs ein Mann wie Caspary in Königsberg (aufserordentlicher Professor) für sein Unterrichtsmaterial nur eine Poliklinik, aber keine Krankenhausabteilung zur Verfügung hat, oder wenn gar der verdienstvolle Lesser in Leipzig, dieser grofsen Universität, gezwungen ist, sich zum Zweck des dermatologischen Unterrichts auf seine Kosten eine private Poliklinik zu erhalten. — Anderseits trifft man im Münchener Krankenhaus eine umfangreiche Abteilung für Haut- und Syphilis-Kranke, voll interessanter Fälle, unter Leitung eines gelehrten Arztes, der sich aber (Dr. Posselt möge mir diese Offenherzigkeit verzeihen!) besser für eine chirurgische Abteilung eignete. Ebenso in Würzburg, wo sich die auch sonst mangelhafte Hautabteilung in den Händen von Dr. Seifert befindet, eine vielseitigen Arztes und tüchtigen Laryngologen, den man aber unbegreiflicherweise mit dem dermatologischen Unterricht an einer Universität von der Bedeutung Würzburgs betraut hat. Ja, selbst in Berlin sieht man mit Verwunderung an der Spitze einer Abteilung von 20 Betten (20 Betten für Hautkranke in einer Stadt mit 1200000 Einwohnern!) einen pathologischen Anatomen und sehr gelehrten Arzt, den aber kein Dermatologe als seinen Spezial-Kollegen anerkennt.

Geht man die deutschen Universitäten durch, an denen der Unterricht in Hautkrankheiten und Syphilis sowohl was die Lehrer, wie auch was das Material anbelangt, ausreichend und gründlich ist, so haben wir:

Berlin, syphilitische Klinik mit 150 Betten; Prof. Lewin.

Bonn, das Modell einer dermatologischen Klinik, nicht nur was die Einrichtung, sondern auch was den Lehrer betrifft, würde ich hinzufügen, wenn ich nicht fürchtete, der Bescheidenheit meines Freundes Doutrelepont zu nahe zu treten.

Breslau, mit seiner Klinik von 80 Betten, unter Leitung meines Freundes Neisser, der so bedeutend, so rührig, so begeistert für unsre Spezialität ist.

Strafsburg, wo die Deutschen, indem sie die dermatologisch-syphilidologische Klinik errichteten, die von meinem gelehrten Freunde Wolff so wohl verwaltet wird, uns erst zeigen

muſsten, wie man einen nach jeder Richtung hin vollkommen dermatologischen Unterricht schafft.

Von den übrigen Universitäten, die in der obigen Tabelle als mit einem Lehrstuhl der Dermatologie versehen bezeichnet wurden, will ich schweigen, denn derselbe scheint neuerdings in Freiburg mit dem Tode von W. Hack und in Jena mit der Übersiedelung F. Fürbringers nach Berlin ganz zu verwaisen. In Erlangen müht sich Fleischer mit all seinem Wissen und all seinem Fleifs vergebens ab, einen Kursus zu stande zu bringen, da es ihm an genügendem Material mangelt.

Wenn also auch an einer gröfsern Anzahl deutscher Universitäten ein dermatologischer Unterricht vorgesehen ist, so darf man doch nicht vergessen, dafs die Einrichtungen dazu zum Teil noch recht ungenügende sind.

Was bleibt dann schliefslich von der obigen Tabelle übrig? Berlin, Bonn, Breslau, Strafsburg; ferner Königsberg und Leipzig, aber nur mit Polikliniken; München, wo klinisches Material genug vorhanden ist, und endlich Würzburg.

Dennoch haben Dermatologie und Syphilidologie in Deutschland eine grofse Zukunft, denn im Prinzip ist die Errichtung einer Lehrkanzel für diese Disziplin an jeder Universität beschlossen; und da die meisten Fakultäten thatsächlich schon mit einer solchen Lehrkanzel bedacht sind, so bleibt dem Staat nur noch übrig, die vorhandenen weiter auszubilden und einige wenige neu zu errichten.

Wenn Staat und Universität ihre Pflicht thun (und die Dermatologen werden schon dafür sorgen), so hat die Dermatologie und Syphilidologie in Deutschland infolge der bei ihrer Organisation mafsgebenden — zur Zeit freilich erst teilweise befolgten — Grundsätze eine grofse Zukunft.[4]

Vergleicht man nun damit, was bei uns der Unterrichtsminister in den letzten Jahren gethan hat, so kann man sagen, dafs, wenn er so weiter fortfährt, wir auch bald genügend Lehrstühle für Dermatologie haben werden. Da jeder Fakultät einer zukommt, so wären noch drei neu zu

---

[4] Beim Unterricht auf deutschen und österreichisch-ungarischen Universitäten kommt ein Lehrmittel noch nicht in Verwendung, es sind das Abdrücke auf weichen, gefärbten Platten (moulages en pâtes coloriées), welche die Hautstörungen in übersichtlicher Weise darstellen, falls sie von Künstlern wie Baretta, Jumelin und, wie ich jetzt wohl auch sagen darf, meinem Schüler Havrez (Hilfs Präparator der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis an der medizinischen Fakultät zu Lille) verfertigt werden. Trotz ihrer Bemühungen besitzen die deutschen und österreichisch-ungarischen Universitäten keine solchen Modelleure, und man darf sich füglich mit Recht wundern, dafs manche französische Fakultäten ihre Künstler so wenig unterstützen, während das Ausland sich mit deren Besitz glücklich schätzen würde. — Teilweise behelfen sich die deutschen und österreichischen Universitäten damit, dafs sie derlei Abdrücke aus Paris und seit 1887 auch aus Lille beziehen.

schaffen. Aufgabe des Staats und der Universitäten wird es sein, dieselben zu organisieren und die Besetzung in geschickter Weise zu regeln. An geeigneten Kräften wird im Vaterland eines Alibert, eines Rayer, eines Bazin sicherlich kein Mangel sein. Wenn die Regierung will, so wird sich Frankreich die Stellung wieder erobern, die es niemals hätte verlieren sollen.

Die Räumlichkeiten.

Über die Räumlichkeiten, in denen der dermatologische Unterricht stattfindet, ist nur wenig zu sagen. In Berlin, Breslau, München u. s. w. befinden sich die Abteilungen für Haut- und Syphiliskranke in den alten Krankenhäusern und erinnern lebhaft an unsre französischen Abteilungen von Saint Louis oder Saint Sauveur in Lille. Beiläufig sei nur erwähnt, dafs die Räumlichkeiten, die Lewin in Berlin zur Verfügung stehen, sehr beschränkt sind; die Betten berührten sich dort fast in verschiedenen Sälen, als ich die Abteilung 1886 besuchte; dieselbe befindet sich in der Charité, einem Militärkrankenhaus. Auch die Ärzte, denen die Behandlung der Syphilitischen übertragen ist, gehören merkwürdigerweise nicht zur Universität, sondern sind Militärärzte.

In Würzburg sind die Luetiker schlecht untergebracht, was mich besonders stutzig machte, als ich die andern schönen Säle dieses grofsartigen alten Krankenhauses kennen lernte. Auch die Betten liefsen zu wünschen übrig. Mit einem Wort, in Würzburg bin ich derselben verwerflichen und kleinlichen Ansicht begegnet, die man in manchen französischen Krankenhäusern trifft, und die sich in dem Satz zusammenfassen läfst: „Für die Syphilitiker ist alles gut genug."

Beiläufig sei eine praktische Einrichtung erwähnt, auf die ich in München stiefs; dort besteht eine besondere Abteilung für haut- und geschlechtskranke Studenten.

In Berlin, Breslau, Strafsburg, Würzburg befinden sich neben der Abteilung ein Laboratorium und ein Hörsaal. Das Laboratorium Neissers in Breslau kann als Muster derartiger Einrichtungen gelten.

Die Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis der Bonner Universität verdient wegen ihrer mustergültigen Einrichtung eine besondere Beschreibung. Die Anlage der Krankensäle ist das vollendetste, was ich derart in Deutschland und Oesterreich-Ungarn gesehen habe. Es erklärt sich das daraus, weil in Bonn der Pavillon für Hautkranke eigens zu diesem Zweck gebaut wurde, während in Berlin, Breslau u. s. w. vorhandene Räume, so gut es ging, für ihre neue Bestimmung hergerichtet wurden.

Die dermatologisch-syphiligraphische Klinik der Universität Bonn ist in einem schönen steinernen Pavillon untergebracht. Derselbe besteht aus einem Keller, einem Erdgeschofs, das ungefähr $1^1/_2$ Meter über der Erdfläche liegt, einem ersten Stock und einem Boden. Der Pavillon liegt inmitten eines schönen Gartens.

Im Erdgeschofs befindet sich ein geräumiges, reich ausgestattetes, helles Amphitheater. Hier hält der Professor seine Klinik, nimmt Operationen vor und untersucht die poliklinischen Kranken. Dies Amphitheater stöfst an eine Vorhalle (eine Art grofser Saal), die, wie das ganze Haus, durch einen Ofen erwärmt wird. Seitlich vom Amphitheater und in Verbindung mit demselben befindet sich ein grofses, helles, pathologisch-anatomisches Laboratorium. Ein besonderer Saal ist für die bakteriologischen Untersuchungen bestimmt. Das Zimmer des Professors, ebenfalls hell und geräumig, grenzt wieder an dies Laboratorium. Die Abteilung umfafst 56 Betten; die eine Hälfte des Pavillons ist für die Männer bestimmt, die andre für die Frauen; die Geschlechter sind streng geschieden; die Männer befinden sich rechts, die Frauen links. Die Hautkranken liegen im Erdgeschofs, entweder einzeln in Zimmern oder gemeinsam in Sälen von 4—10 Betten; die Geschlechtskranken im ersten Stock; bei beiden ist Verpflegung und alles mustergültig. Zu jeder dieser vier Abteilungen gehört ein Wärter oder eine Wärterin, je einer für die männlichen und weiblichen Haut- und Geschlechtskranken. Aufserdem ist noch eine Magd zum Aufkochen von Thee, zum Geschirrreinigen u. s. w. vorhanden. Das Essen wird von der Küche des Krankenhauses geliefert und verteilt. Das Personal besteht nur aus Laien.

Die dermatologische Klinik verfügt ferner noch über einen Portier, dem die Überwachung des Pflegepersonals obliegt; er hat auch für die Reinhaltung des Hauses, für die Kranken, die Heizung u. s. w. u. s. w. zu sorgen. Er steht unter Oberaufsicht des ökonomischen Direktors des ganzen Krankenhauses.

Die öffentlichen Mädchen liegen, von den ehrbaren Frauen getrennt, in besondern Zimmern oder Sälen.

Dank dieser vollendeten Organisation herrscht in der Klinik die vollkommenste Ordnung. Im Pavillon befinden sich 8 Badezimmer, jedes mit einer Vorkehrung für kalte Brausen versehen. Aufserdem sind noch Räume für Medikamente und Verbandmittel, Küche u. s. w. vorgesehen. Im Keller ist die Heizvorrichtung, Räume für verschiedene Gegenstände, schmutzige Wäsche u. s. w., endlich ein grofses, helles und gutgelüftetes Gewölbe, woselbst sich die Käfige für die Versuchstiere befinden.

Einer der Assistenten hat in dem Pavillon eine reizende Wohnung.

So ist die Einrichtung der dermatologischen Klinik zu Bonn, praktisch und geschmackvoll; man weifs nicht, ob man sie mehr loben oder mehr um ihren Besitz beneiden soll. Überhaupt, was die Deutschen an wissenschaftlichen Anstalten, Kliniken, Laboratorien bauen, ist in der Regel praktisch, tadellos und — was besonders hervorgehoben zu werden verdient — immer nach dem Pavillon-System. Sie wollen keine Monumentalbauten, keine architektonischen Massen schaffen, sie wollen nur Brauchbares herstellen und passen das Gebäude seinem Zweck an, bauen aber nicht umgekehrt schön auf Kosten der Zweckmäfsigkeit, obendrein kommen sie noch billiger dabei weg.

Wie die Ausstattung der dermato-syphiligraphischen Kliniken in Frankreich sein müfste.

Ohne für unsre französischen Kliniken Pavillons nach Art des Bonner verlangen zu wollen, wäre es doch zu wünschen, dafs bei uns die entsprechenden Anstalten versehen wären:

1. mit einem besondern Saal für die Poliklinik, der unmittelbar auf die Strafse führt, so eine Art Konsultationssaal, in dem auch die kleinen dermatologischen Opérationen, Verbandwechsel u. s. w. ausgeführt werden könnten;

2. mit einem eignen Hörsaal, in welchem der Professor seine Klinik abhalten könnte ohne nötig zu haben, nach jeder Vorlesung seine Karten, Zeichnungen, Modelle, Mikroskope, zusammenzupacken, um einem andern Professor Platz zu machen;

3. mit verschiedenen, grofsen und hellen Räumen zu Untersuchungszwecken;

4. mit geräumigen und geschützten Verschlägen für die Versuchstiere;

5. mit Zimmern zur Aufstellung der Sammlungen;

6. mit hellen, geräumigen Krankenzimmern;

7. mit Bädern, Brausen, einem geeigneten Pflegepersonal und mit genügenden Mitteln für die Unterhaltung der Poliklinik.

So lange die Universtität nicht die Verwaltung der Kliniken völlig in ihrer Hand hat, so lange werden diese bei der Sparsamkeit der Krankenhausverwaltungen nicht weiter kommen, und so lange ist auch an einen Fortschritt in der Organisation des Unterrichts nicht zu denken.

Kosten der Hautkliniken in Deutschland; Kosten für den Aufenthalt der Kranken.

Den dermatologischen Kliniken sind hinlängliche Mittel zur Verfügung gestellt, um sich alles anzuschaffen, dessen sie bedürfen. Als ich dann meinen deutschen Kollegen auf Befragen die Summe nannte, die mir für meine Klinik zu Lille bewilligt wird, da fragten sie mich mit einem mitleidigen Lächeln, wie ich denn mit so geringen Mitteln auskommen könnte?

Bei dieser Gelegenheit sei kurz berichtet, wie die vorhandenen Mittel an denjenigen deutschen Universitäten, die mit einer Klinik und einer Krankenhausabteilung[5] versehen sind, verteilt werden: also in Bonn, Breslau Strafsburg. — Ich nenne Berlin absichtlich nicht, weil dort die Kliniken für Syphilis sowohl wie für Hautkrankheiten in der Charité, einem Militär-Spital untergebracht sind und demgemäfs in andrer Weise verwaltet werden.

---

[5] Diese Art der Verteilung gilt im wesentlichen auch für die andern Kliniken der preufsischen Universitäten, nicht der deutschen, denn etwas anders gestaltet sich die Sache z. B in Baiern. Aufserdem befinden sich, wie man sich durch einen Blick auf die früher gegebene Tabelle überzeugen kann, die 4 dermatologischen Kliniken in Preufsen.

Nehmen wir nun z. B. die Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis der Bonner Universität, die unter den 4 mit Klinik und Krankenhausabteilung versehenen mit am schlechtesten bedacht ist. Wir haben gesehen, dafs diese Klinik für Männer und Frauen je 25 Betten enthält; auf jeder dieser Abteilungen sind die Syphilitischen wieder von den andern Hautkranken getrennt; jede dieser 4 Unterabteilungen enthält ein Zimmer 1. Kl., für das $7^1/_2$ M. täglich bezahlt wird; ferner 7 Zimmer 2. Kl., das Zimmer täglich $4^1/_2$ M. In der 2. Kl. ist bisweilen ein Zimmer mit 2 Kranken belegt.

Die Kranken der 1. und 2. Klasse können für den klinischen Unterricht natürlich nicht benutzt werden. Auch mufs man die Patienten 3. Kl. häufig auf der 2. und selbst auf der 1. Kl. unterbringen; für sie bezahlt, wenn sie selber mittellos sind, ihre Gemeinde, und zwar 1 M. 25 Pf. täglich.

Die ganze Einnahme nun fliefst, nach Abzug der Kosten für Verpflegung, Heizung u. s. w., an den Staat. Anderseits gewährt der Staat dem Professor Doutelepont für Behandlung der Kranken sowie für den Unterricht:

1. für Medikamente u. s. w.	2650 M.
2. für Verbandstoffe	550 „
3. für die Bibliothek	350 „
4. für Instrumente, Apparate, Chemikalien u. s. w. des Laboratoriums	500 „
5. für verschiedene Ausgaben	50 „

Doutrelepont erhält also für die Unkosten, die ihm aus seinen Vorlesungen erwachsen, für Ankauf von Instrumenten, Apparaten u. s. w. 950 M. = 1125 Frcs. Ich dagegen erhalte in Lille für die Unkosten bei meinen Vorlesungen, für Ankauf von Instrumenten, Apparaten, für die Zwecke meines Laboratoriums, und für Medikamente, die von der Verwaltung für aufsergewöhnliche gehalten werden (was am häufigsten geschieht, wenn es sich um neue Medikamente handelt), nur 800 Frcs.

Nun beklagt sich aber Doutrelepont, und zwar mit Recht, über die Unzulänglichkeit der ihm gewährten Unterstützung. Was soll ich da erst sagen? Ich füge noch hinzu, dafs, so oft dringende Anschaffungen für den Unterricht nötig sind, Doutrelepont vom Staat noch Extrakredite bewilligt erhält.

Die übrigen dermatologischen Kliniken erhalten für ihre Unterrichtsunkosten entsprechende oder noch höhere Summen. Ich spreche hier natürlich nur von Berlin, Breslau und Strafsburg.[6]

---

[6] In Strafsburg wird die Abteilung vom städtischen Krankenhaus verwaltet, welches dafür von der Stadt 3750 Frcs. und vom Bezirk 2500 Frcs. erhält. Die Bordelbesitzer bezahlen für jede Visite und für jedes Mädchen 0,25 Frcs., was jährlich, wie mir Prof Wolff mitteilte, ungefähr 1750 Frcs. ausmacht. Ferner bezahlt der Oberrhein für die Behandlung der klinisch interessanten Kranken jährlich 750 Frcs. und der Niederrhein 600 Frcs. jährlich (eine nachahmenswerte Einrichtung). Der Professor entscheidet über

Man wird sich vielleicht in Frankreich, wo man ähnliche Unterrichtsanstalten geschaffen hat, fragen, wie der klinische Professor dazu komme, die Gelder für den Ankauf von Instrumenten und Verbandstoffen zu verwalten? Nun, ich sehe darin einen wesentlichen Vorteil, da der Professor dadurch in den Stand gesetzt wird, jederzeit die neuesten Medikamente, deren er bedarf, die neuesten Apparate, mit denen er Untersuchungen vornehmen will, anzuschaffen, ohne dafs er es nötig hat, sich über den äufserst langsamen Verwaltungsgang oder gar über einen ablehnenden Bescheid („Dies Mittel steht nicht auf der Liste") zu ärgern.

Freilich, ein Mifsliches führt auch diese Mafsnahme mit sich; der Professor ist nämlich gezwungen, sich allzuviel mit Verwaltungsfragen zu befassen. Jedoch würde ein ökonomischer Direktor, dem die Verwaltung der Kliniken obläge, diesem Übelstand teilweise abhelfen; und aufserdem liefse sich durch einige geringe Änderungen dies System zu einem vollkommenen ausgestalten.

Die Studenten. — Die Prüfungen.

Wir haben von den Professoren, den Kliniken, den Krankenhaus-Abteilungen, die für den dermatologischen Unterricht bestimmt sind, gesprochen. Wenden wir uns jetzt zu den Studierenden, welche die dermatologisch-syphilidologischen Vorlesungen besuchen.

In Deutschland ist der dermatologische Unterricht nicht obligatorisch; dieser Gegenstand wird in den Prüfungen nicht verlangt. Da nun aber die Lehrer der Hautkrankheiten in Deutschland entweder aufserordentliche Professoren oder Privatdozenten sind, welch' letztere nur ganz ausnahmsweise einmal Prüfungen abhalten[7], so brauchen die Studenten Fragen aus diesem Gebiet nicht zu fürchten. Ob sie diesen so wichtigen Zweig der Medizin kennen oder nicht, darum kümmert sich niemand! Welch sonderbare

---

die Aufnahme solcher Mädchen. Selbstverständlich deckt das Krankenhaus damit nicht seine Verpflegungsunkosten. — In Strafsburg liefert das Krankenhaus Medikamente, Verbandstoffe u. s. w.

Die Universität gewährt für die Kosten des Unterrichts, für Ankauf von Instrumenten, Büchern u. s. w. 1150 Frcs. Nach einer Mitteilung Wolffs wird er jedoch demnächst beträchtlich mehr erhalten. Es wird auch wohl nicht mehr lange dauern, dafs man ihm für seine Poliklinik Zuschufs bewilligt.

Endlich werden Postsendungen und Briefe auch frei befördert, wenn sie den Zusatz tragen: Frei laut Aversum No. 19.

Kaiser Wilhelms-Universität.

(Dürfte auch bei uns eingeführt werden.)

[7] In Bonn werden die Kandidaten von Doutrelepont auch in Syphilis und Hautkrankheiten geprüft, weil Doutrelepont zufällig ein ebenso bedeutender Dermatologe wie Chirurg ist, und ihm die chirurgische Prüfung zufällt. Mit Recht benutzt er dieses Zusammentreffen, um auch Fragen aus der Dermatologie und Syphilis zu stellen.

Anomalie, welche Inkonsequenz! Man verlangt von einem Schüler, — und man hat tausend mal Recht, es zu verlangen! — dafs er sich gründliche Kenntnisse erwerbe, z. B. von der Ataxie, der Cirrhose, dem Magenkrebs, lauter Krankheiten, die er nie heilen wird und die nie ansteckend wirken, und man gestattet ihm in Unkenntnis zu bleiben über Syphilis, Krätze, Ekzem, Tripper, Schanker, Krankheiten, die er fast sicher heilen kann, und die, sich selbst überlassen, nicht nur ihrem Träger, sondern auch seiner Umgebung gefährlich werden! Man gibt ihm ein Diplom der Unwissenheit in Fragen, die vom ärztlichen, wie vom sozialen Standpunkt gleich wichtig sind. Doch was verweile ich bei solcher Inkonsequenz noch länger! Haben doch schon Besnier und Doyon so schön darüber geschrieben, hat doch Fournier soeben (1887) der Académie de Médecine einen beredten Vortrag über die Prophylaxe der Syphilis gehalten! Übrigens deutet alles darauf hin, dafs infolge des berechtigten Verlangens der ersten deutschen Dermatologen hierin bald eine Änderung getroffen werden wird.

Indessen, wenn das Studium der Hautkrankheiten und Syphilis in Deutschland zur Zeit auch nur fakultativ ist, so werden die betreffenden Kliniken doch von zahlreichen Studenten besucht. Diese begreifen besser als die Regierung, besser als die Universität, wie sehr notwendig dem praktischen Arzt die Kenntnis der Dermatologie und Syphilis sei.

Die Zahl der Schüler, die in Deutschland und Oesterreich die Vorlesungen und Kliniken besuchen (wobei zu bedenken, dafs diese Vorlesungen nicht unentgeltlich sind, dafs vielmehr dafür, aufser in besondern Fällen, dem Professor Kollegiengelder zu zahlen sind), sollte den Regierungen die Augen öffnen, dafs sie geeignete Mafsnahmen treffen, denn leider sind nicht alle Studenten so fleifsig, dafs sie aus eignem Antriebe die Spezialkurse besuchen.[8]

---

[8] Dieser eine Beweisgrund läfst schon die Notwendigkeit erkennen, den Professoren der Dermatologie in Deutschland das Ordinariat zu bewilligen. Denn nur die ordentlichen Professoren halten in Deutschland die Prüfungen ab, daher werden nur ihre Kurse von den minder eifrigen Studenten besucht, während sie den Besuch der übrigen Vorlesungen für überflüssig halten.

Dafs dem wirklich so sei, beweist folgende Thatsache: Wenn bei Mangel an ordentlichen Professoren die Fakultät einen aufserordentlichen Professor oder einen Privatdozenten mit der Abhaltung der Prüfungen betraut, so schreiben sich für deren Vorlesungen sofort eine gröfsere Zahl von Studierenden ein. So hat in Würzburg, wo Matterstock (aufserordentlicher Professor) beim Examen auch Fragen aus Dermatologie und Syphilis stellt, der Privatdozent der Dermatologie Dr. Seiffert 100 Hörer in seinem Kursus, während ein Mann wie Rinecker an derselben Universität wenige Jahre vorher nur 15 zählte. Aber zu Rineckers Zeit wurde in Hautkrankheiten und Syphilis gar nicht geprüft, während seit Gerhards Übersiedelung nach Berlin Matterstock, der zusammen mit Leube in Innerer Medizin prüft, auch Fragen aus dem Gebiet der Dermatologie und Syphilis stellt.

Aus dem nämlichen Grunde sind bei meinem Freunde Doutrelepont (aufserordentlicher Professer) in Bonn von 150 Medizin Studierenden im

Übrigens sind die 100 Hörer von Lewin oder Neisser, die 70 von Lesser nicht lauter Studierende, es befinden sich auch Ärzte darunter. Ist das nicht zuweilen etwas reichlich spät, wenn auch nicht für sie, so doch für ihre Patienten?

Etwas, was mir mit am meisten in den dermato-syphilidologischen Kursen in Deutschland und Österreich aufgefallen ist, das ist die Ordnung, die Disziplin, die auf den Abteilungen herrscht, die Aufmerksamkeit, mit der die Studierenden den Vortrag des Professors folgen, die Sorgfalt, mit der die Anamnese von den Kranken erhoben wird, die Verbände angelegt, die Untersuchungen angestellt werden, die Geduld, das Vertrauen, um nicht zu sagen die Hingebung, mit der die Patienten sich untersuchen, verbinden, selbst schmerzhaft operieren lassen.

Sind die Studierenden deshalb so fleifsig, weil sie bezahlt haben und nun auch Nutzen von ihrem Geld haben wollen?[9] Möglich; aber sicher

---

Sommer 112 und im Winter 70 eingeschrieben. Das würde trotz seiner hohen Bedeutung und seiner eignen Lehrbegabung anders sein, wäre er nicht mit den Prüfungen in Chirurgie betraut, wodurch er in die Lage kommt, auch in unsrer Disziplin zu examinieren.

[9] Bekanntlich müssen die Studenten in Deutschland und Österreich-Ungarn den Professor bezahlen. Die Vorlesungen werden eingeteilt in:

a. Öffentliche, publica. — Diese Vorlesungen sind unentgeltlich und werden meist von einem jungen Professor gehalten, um Hörer anzuziehen, oder von einem Privatdozenten, der gern einen Hilfskursus (cours accessoire) einrichten möchte. So hielt C. Kopp in München wöchentlich ein Publicum über den Tripper.

b. Private, privatim. — Es sind dies die eigentlichen Vorlesungen der Professoren. Für diese wird bezahlt. So müssen die Studenten in München jährlich ungefähr 10 M. an Posselt (Privatdozent, der mit dem dermatologischen Unterricht betraut ist) bezahlen. Doutrelepont in Bonn bekommt von jedem Studierenden fürs Semester 15 M., jedoch läfst er sich von denen, die ihn 3 Semester lang gehört haben, nicht mehr bezahlen. Unbemittelten Schülern wird die Summe ermäfsigt oder ganz erlassen, was nicht selten vorkommt.

c. Privatissima. – Hierbei handelt es sich gewöhnlich um Nebenkurse, die von einem Privatdozenten abgehalten werden; sie sind niemals unentgeltlich. So erhält Kopp in München, der einen Nebenkursus für Hautkrankheiten und Syphilis und eine Poliklinik abhält, für die praktischen Übungen — er hält deren 2 wöchentlich — 16 M. im Semester, und für die Vorlesungen — ebenfalls 2 die Woche — 10 M.

Diese Gelder gehören den Professoren abzüglich einer kleinen Summe, die die Universität als „Perzeptions-Gebühr“ für sich behält. So beansprucht die Münchener Universität nur 6 M. von den 240 M., die Kopp halbjährlich durch seine Kollegiengelder einnimmt.

Ich will mich hier in eine Besprechung dieses Systems nicht einlassen; jedoch will es mir scheinen, als ob dasselbe in Deutschland wie in Österreich den Eifer der Professoren und die Aufmerksamkeit der Studenten befördere. Es ist ja auch ganz begreiflich, dafs der Professor sich sorgsamer auf seinen Vortrag vorbereiten wird, wenn er weifs, dafs er dadurch mehr Hörer an sich fesseln kann. Das schmeichelt seinem Stolz und fördert

spielen da auch Rasse und Erziehung eine Rolle. Dafür liefern einen sprechenden Beweis die Willfährigkeit, mit der die Patienten sich den Befehlen des Arztes unterwerfen, sowie die bewunderungswürdige Ruhe und Ordnung, die auf den Abteilungen herrschen.

Arbeiten und Untersuchungen.

Man darf sich nicht wundern, wenn die Veröffentlichungen und die Arbeiten der deutschen Kliniken bei solchen Hilfsmitteln zahlreich sind; dieselben werden dadurch noch wesentlich gefördert, dafs Universität und Regierung ihnen grofse Bedeutung beilegen, indem sie sie nicht nur moralisch sondern auch mit Geld unterstützen. Das gilt übrigens nicht nur von der Dermatologie. Jedoch will ich bei diesem Punkte nicht länger verweilen; es genügt mir, die Aufmerksamkeit unsers Unterrichtsministeriums und unsrer Universitäten darauf zu lenken.

Aufzählung aller Kliniken für Dermatologie und Syphilis in Deutschland.

Ich schliefse diese Skizze mit Aufzählung sämtlicher zur Zeit (1887) in Deutschland bestehenden Kliniken für Hautkrankheiten und Syphilis. Man wird finden, dafs der dermatologische Unterricht in Preufsen am stärksten vertreten ist.

Ich beginne mit denjenigen Universitäten, an denen der dermatologische Unterricht von einem a. o. Professor abgehalten wird, der über eine besondere Abteilung zur Aufnahme von Hautkranken und Syphilitischen verfügt.

Berlin. — Klinik für Hautkrankheiten. Schweninger (a. o. Prof.). Abteilung von 20 Betten.

Klinik für venerische Krankheiten. Lewin (a. o. Prof.). Abteilung für 150 Betten.

Beide Kliniken sind im alten Krankenhaus der Berliner Charité (Militärspital) untergebracht.

Auffällig ist die geringe Zahl von nur 20 Betten für Hautkranke in einer Stadt wie Berlin!

Bonn. — Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis. Doutrelepont (a. o. Prof.). Abteilung von 56 Betten.

Die tadellose Einrichtung und Verwaltung dieser Klinik wurde bereits früher besprochen.

---

seine Interessen. — Anderseits wollen die Studenten von ihrem Geld Nutzen haben und hören desto aufmerksamer zu. Ich glaube sogar bemerkt zu haben, dafs der Professor, da seine Vorlesungen ihm entsprechend seiner Mühewaltung mehr einbringen, auf Praxis weniger bedacht ist, und ihr wenigstens nicht alle seine Zeit opfert.

Breslau. — Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis. Neisser (a. o. Prof.). 80 Betten.

Die Klinik befindet sich in einem alten Krankenhaus. Trotzdem ist es Neisser gelungen, sich daselbst ein seiner würdiges Laboratorium einzurichten.

Straſsburg. — Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis, Wolff (a. o. Prof.). 122 Betten; 38 für Männer, 84 für Frauen. Die Betten sind auf 9 Säle und 2 Isolierkammern mit je einem Bett verteilt. Die gute Verwaltung dieser Klinik beginnt mit Wolffs Berufung.

Königsberg. — Vorlesungen über Hautkrankheiten und Syphilis. Caspary (a. o. Prof.). Königsberg besitzt keine besondere Klinik für Hautkrankheiten sondern nur eine Poliklinik.

Jena. Seit der Übersiedelung Fürbringers nach Berlin besteht kein Kursus für Haut- und Geschlechtskrankheiten mehr. Jedoch handelt es sich hier wohl nur um ein Provisorium. Eine Klinik für Haut- und Syphiliskranke besitzt Jena nicht.

Leipzig. — Kursus für Haut- und Geschlechtskrankheiten. E. Lesser (Privatdozent).

Eine Klinik oder amtliche Poliklinik besteht in Leipzig nicht. Lesser hält sich zu Unterrichtszwecken für seine Kosten eine Privat-Poliklinik.

München. — Kursus für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Carl Posselt (Privatdozent).

Die Abteilung enthält für die Frauen 48 Betten; davon 24 für die (besonders gelagerten) öffentlichen Mädchen, 12 Betten für die Venerischen und 12 Betten für die Hautkranken. — Für die Männer: 36 Betten für Venerische, 12 für Hautkranke und 12 für geschlechts- oder hautkranke Studenten.

Ein Saal mit 24 Betten steht dem Arzt im Notfall zur Verfügung; auch werden den Kranken auf Verlangen Einzelzimmer angewiesen. Auffallend ist die geringe Anzahl von Betten für Hautkranke, das ist aber wohl nur ein vorübergehender Miſsstand.

Poliklinik. — 1885 hat die Universität München für den poliklinischen Unterricht, der in einem sehr praktischen Bau (Reis ingerianum, d. Übers.) untergebracht ist und bereits innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe, Augen-, Kehlkopf- und Kinderkrankheiten umfaſst, auch noch eine dermatologisch-syphilidologische Abteilung eingerichtet. Zur Leitung derselben ist der Privatdozent Carl Kopp, ein Schüler von Neisser, erwählt worden, einstweilen nur von der Universität; jedoch ist seine demnächstige Anstellung durch den Staat wahrscheinlich.

Diese Poliklinik wird als ein Anhang der chirurgischen betrachtet, die ihr und der Ohren-Poliklinik gemeinsam ein Zimmer eingeräumt hat (was übrigens zu keinerlei Unzuträglichkeiten führt). Trotz der lächerlich beschränkten Räumlichkeiten wird die Poliklinik von ungefähr 1200 Kranken jährlich besucht.

Erlangen. — Kursus für Haut- und Geschlechtskrankheiten. R. Fleischer, Privatdozent. – Eine besondere Abteilung für Haut- und venerische Krankheiten besitzt Erlangen nicht.

Würzburg. — Kursus für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Seiffert, Privatdozent. — Die Abteilung umfafst 33 Betten für Männer, 29 für Frauen. Leider werden die ehrbaren Frauen mit den öffentlichen Mädchen zusammengelegt. Die Ausstattung der Abteilung ist höchst mangelhaft: die Kranken liegen in den schlechtesten Zimmern des alten grofsartigen Julius-Hospitals. Aufserdem that die Verwaltung (bekanntlich besitzt das Würzburger Krankenhaus ein eignes Vermögen, eine Schenkung aus früheren Zeiten) ihr Möglichstes zur Fernhaltung von Geschlechtskranken, indem sie ihnen die denkbar kleinsten und unbehaglichsten Räume anwies. Freilich, man braucht nicht erst nach Würzburg zu gehen, um jene kleinliche Gesinnung kennen zu lernen, die in Venerischen, Syphilitischen und Hautkranken nur moralisch verkommene Menschen erblicken möchte. Waren doch auch in Paris die Rekonvaleszenten-Anstalten von Vincennes und Vésinet noch bis vor wenigen Jahren für die Geschlechtskranken verschlossen! . . . .

Poliklinik der Hautkrankheiten. Matterstock (a. o. Prof.). Die unter Leitung von Matterstock (der zu gleicher Zeit Direktor der internen sowie der pädiatrischen Poliklinik ist) stehende Poliklinik befindet sich in einem schönen Einzelgebäude, welches dem poliklinischen Unterricht überhaupt gewidmet ist[10] und in der nächsten Nähe der Prachtbauten für Anatomie und pathologische Anatomie von Kölliker und Rindfleisch steht.

---

[10] Die Geschichte des dermatologischen Unterrichts an der Würzburger Universität ist so bizarr, dafs eine kurze Wiedergabe an dieser Stelle gerechtfertigt erscheint:

Rinecker, der die Professuren für Psychiatrie sowie für Dermatologie und Syphilis inne hatte, wurde nach seinem Tode von Matterstock als Privatdozent für Syphilis ersetzt. Gerhardt, der damals Professor der inneren Medizin in Würzburg war (jetzt als Nachfolger Frerichs in Berlin), übernahm die Dermatologie. Als dann Gerhardt vor ungefähr 2 Jahren nach Berlin berufen wurde, erhielt Leube (Erlangen) die interne Klinik zu Würzburg und übertrug seinerseits den dermatologischen Kursus auf Matterstock, so dafs dieser, als Privatdozent, mit der dermatologisch-syphiligraphischen Klinik und Krankenhaus-Abteilung betraut ist.

Vor einigen Monaten starb nun aber Geigel, ordentlicher Professor, Direkter fast aller Polikliniken. Darauf wurde Matterstock an seiner Stelle zum a. o. Professor und Direktor der medizinischen, pädiatrischen, dermatologischen und syphilidologischen Poliklinik ernannt, während die Klinik und die Abteilung für Dermatologie und Syphilis auf Seiffert, ehemaligen Privatdozent für interne Medizin, Laryngologie und Rhinologie, sowie Assistent von Gerhardt, überging. — Derartigen Schwankungen ist der dermatologische Unterricht an einer Universität wie Würzburg ausgesetzt. Fluctuat nec mergitur.

Freiburg. — Kursus für Hautkrankheiten und Syphilis. Dieser Kursus wurde von W. Hack, a. o. Prof., abgehalten; die durch seinen Tod erfolgte Lücke ist noch nicht wieder ausgefüllt. Eine klinische Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke besteht in Freiburg nicht.

Zum Schlufs sei noch bemerkt, dafs von den 11 deutschen Universitäten, die mit einem dermatologischen Unterricht ausgestattet sind, auf Preufsen 5 kommen, nämlich: Berlin, Bonn, Breslau, Königsberg, Strafsburg. (?) An diesen 5 Plätzen sind aufserdem die Anstalten für den betreffenden Unterricht die bestorganisierten — ein Zeichen des wissenschaftlichen Strebens, von dem der preufsische Unterrichtsminister beseelt ist.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 3. Juli 1888.

Herr Rostenhal stellte 3 Fälle von **Psoriasis** vor, welche aufser dem innern Gebrauch von Pilul. asiaticae mit Anthrarobin an einzelnen Stellen behandelt wurden, und zeigt, dafs dasselbe bei der Psoriasis nur geringe Wirkungen hat. Dabei beobachtete er eine violette Verfärbung der Wäsche und Nägel, eine Rotfärbung der Haare beim Waschen mit einer Auflösung der Substanz. Auch bei Pityr. versicolor und Herpes tonsurans hat Verf. keine Erfolge gesehen.

Herr Behrend erwidert, dafs die Wirkung des Anthrarobins bei Psoriasis nur erfolgen kann, wenn die Schuppen vorher mit Seife ordentlich abgerieben sind, was bei einer Nichtwirkung meistens ungenügend ausgeführt ward. Das Mittel leiste in den Fällen, wo das Chrysarobin nicht vertragen wird, bessere Dienste als die Pyrogallussäure. Herr Köbner hat bei 25 Fällen von Psoriasis das Mittel teils in 10—20 % Salben, teils in Lösungen mit Spir. aeth. oder Alkohol angewandt und hat selbst nach vorgängiger Seifeneinreibung gefunden, dafs es, wenn überhaupt, so ganz unvergleichlich langsamer als Chrysarobin wirkt und dafs es auch der Pyrogallussäure nachsteht. In einigen Fällen schien es anfangs zu wirken, dann aber regenerierten sich als Zeichen der geringen Wirkung die Schuppen der Psoriasisplaques trotz der stetigen Anwendung des Mittels so rasch und massenhaft, wie bei keinem der bekannten Mittel. Wenn in einzelnen Fällen eine geringe Wirkung eintrat, so schreibt K. dieses dem Abreiben mit Seife zu, und wurden in dieser Beziehung Abschabungen der Schuppen mit dem scharfen Löffel als Kontrollversuche angestellt, welche noch günstigere Wirkungen ergaben. Auch der von Herrn Behrend angegebene Vorzug der Reizlosigkeit des Anthrarobins und seiner deshalb möglichen

Applikation im Gesicht, an den Augenlidern und auf dem Kopf bestätigten sich insofern nicht, als bei der Applikation eine Verfärbung eintrat; aufserdem wurde von mehreren Knaben über stundenlanges Brennen nach der Anwendung geklagt. Bei einem Patienten mit Mykosis tonsurans am Halse, welcher nach dem Gebrauche einer 10 % Tinktur ein starkes Brennen empfand, stiefs sich die Epidermis wie nach einem Vesikans ab. Einzelne andre Fälle von Herpes tonsurans, besonders die frischen, wurden damit geheilt. Die durch das Anthrarobin in der Wäsche erzeugten Flecke konnten nicht, wie hier Behrend angab, durch Seife und Soda, sondern nur durch ein höchst umständliches Verfahren entfernt werden.

Berlin. Hoffmann.

Referate.

Syphilis, von J. Hutchinson. Deutsche autorisierte Ausgabe. Bearbeitet und durch Erläuterungen und Zusätze vermehrt von Dr. Arthur Kollmann, Polizeiarzt in Leipzig. Leipzig, Arnoldische Buchhandlung 1888.

Unter den lebenden Syphilidologen ist Hutchinson vielleicht der, welcher das gröfste Material als konsultierender Arzt am „London Hospital" gesehen hat. Ein Buch, wie das vorliegende, kann in seiner Eigenart, wenn es Bedeutung haben soll, aber auch nur von einem Manne geschrieben werden, der mit wirklich wissenschaftlicher Bildung grofse Erfahrung verbindet — und in dem Sinne ist es zu bedauern, dafs nicht häufiger von Ärzten mit grofser Erfahrung uns solche Blumenlesen der Kasuistik geboten werden.

Wir finden eine Fülle von belehrenden, interessanten und seltenen Krankengeschichten in einer klaren, verständlichen, übersichtlichen Form. Die Übersetzung ist gut; sie entfernt sich vom Original nicht so weit, dafs man nicht mehr merkte, das Original ist englisch, aber doch so weit, dafs man das Buch mit Genufs lesen kann.

Ein Referat des Buches müfste ein Referat vieler Krankengeschichten sein. Wir müssen deshalb auf ein eigentliches Referat verzichten, und wollen nur noch betonen, dafs wir das Werk jedem Praktiker aufs wärmste empfehlen können, da er es mit grofsem Nutzen lesen wird. Aber auf einige sonderbare, unserer Meinung nach falsche, resp. veraltete Ansichten wollen wir doch noch hinweisen.

Bei Besprechung der Differentialdiagnose zwischen gewöhnlicher Iritis und Iritis luetica sagt H. (pag. 36 u. 37): „Die gewöhnliche Iritis tritt garnicht selten mehrmals auf (einmal, zweimal, ja selbst jedes Jahr), während dies bei der syphilitischen Iritis niemals der Fall ist." Unsere Erfahrungen in dem Punkte, obwohl nicht zahlreich, widersprechen dem; und auch

Ophthalmologen, die wir deshalb befragten, erklärten die Behauptung direkt für falsch.

Veraltet ist seine Anweisung, das Quecksilber unbedingt zu gebrauchen, bis Speichelfluſs eintritt (pag. 38). Doch dürfte er darin allerdings hin und wieder auch bei uns speziell unter den Ophthalmologen noch Anhänger finden.

Besonderes Interesse boten für uns (pag. 210. Kag. IV.) „Rupia und andre syphilitische Hautgeschwüre", und (pag. 327. Kap. VIII.) „Gewisse dubiöse Erkrankungen der Haut."

Sehr wichtig ist, daſs Verf. betont, Rupia sei stets als ein Symptom der sekundären Periode aufzufassen, und daſs dementsprechend als Medikament hier nicht das Jodkali, sondern das Quecksilber in Betracht kommt.

H.s Sonderstellung, namentlich in der Nomenklatur, macht sich besonders geltend in den Artikeln: Lupoïde Hautaffektionen bei Syphilis; er läſst die Diagnose Lupus syphiliticus bestehen. Es gibt keinen Lupus syphiliticus. Es gibt eine knotige Hauterkrankung der späteren Sekundärperiode, die eine groſse Ähnlichkeit mit Lupus hat und mit Vorliebe die Mittelpartien des Gesichtes befällt — aber auſser dieser äuſserlichen Ähnlichkeit haben die beiden Erkrankungen klinisch garnichts gemein. Häufig haben wir es hier mit der von Unna auf der 61. Naturforscherversammlung erwähnten Mischinfektion zu thun, indem sich bei bestehender Neigung zur Seborrhöe die zwei Noxen verbinden und so charakteristische Erkrankungen bilden. Dasselbe gilt für den gröſsten Teil der „dubiösen Erkrankungen der Haut (so pag. 338: „Schuppendes Erythem der Haut und Psoriasis palmaris; keine Besserung durch Quecksilber"; pag. 339: „Schuppendes Erythem in eine Art von Herpes tonsurans übergehend" u. s. f.); alle diese Erkrankungen haben das Charakteristische, daſs sie gewöhnlich einer einseitigen Therapie trotzen, daſs sie nur dann schnell zur Heilung gebracht werden können, wenn man gleichzeitig gegen die Lues und gegen das Ekzema seborrhoicum vorgeht. Ja, sehr häufig wird hier längere Zeit ohne jeden Erfolg eine antiluetische Kur gebraucht; (so der Fall pag. 333, 334 in dem es sich ganz sicher um ein Ekzema seborrhoic. an der Brust und am Stamme handelte, das bei gleichzeitig wegen luetischer Iritis eingeleiteter Hg-Kur vollständig unverändert blieb). Wird dann gegen die bestehende Hautaffektion eine ganz einfache Schwefelsalbe angewandt, so verschwindet sie ganz schnell.

In diesem Sinne möchten wir auch den sonst nicht ganz zu unterschreibenden Satz des Verf.s gelten lassen (pag. 31):

„Die Syphilis vermag alle bekannten Formen von Hautkrankheiten nachzuahmen, aber sie bildet keine nur ihr eigenen speziellen Formen."

Hamburg. von Düring.

E. Finger (Wien). **Die Syphilis und die venerischen Krankheiten.** Mit 4 lithogr. Tafeln. 2. verbess. Aufl. Leipzig und Wien. 1888.

Wenn trotz der Fülle von Lehrbüchern der Syphilis eines binnen 2 Jahren sich in 2. Auflage präsentieren kann, wenn uns der Verf. im Vorwort u. a. sagen kann, dafs es ins Italienische bereits übersetzt ist und in kurzem in englischer, russischer und polnischer Sprache erscheinen wird, so mufs mindestens ein Bedürfnis für ein derartig bearbeitetes Buch vorgelegen haben. Wir müssen es uns hier versagen, die grofsen Vorzüge dieses Werkes des ausführlicheren zu besprechen. Nur hinweisen wollen wir auf die folgenden Kapitel: Stadien der Lues (pag. 11), Anatomie des syphilitischen Initialaffektes (pag. 18), „Allgemeines" des sekundären Stadiums (pag. 33), Lokalisationen des sekundären Stadiums (pag. 38), makulöses Exanthem (pag. 54), papulöses Exanthem (pag. 56), pustulöses (pag. 60), Rückblick auf das sekundäre Stadium (pag. 73—75), Verlauf des tertiären Stadiums, Lues maligna (pag. 137—139). Das sind wahre Kabinetstücke der Schilderung, die der Spezialist auch mit Behagen lesen wird. Der Therapie (pag. 150—173) hat F. besondere Sorgfalt gewidmet. Die Blennorrhoea conjunct. hat Dozent Dimmer, Wien (pag. 232—237) ansprechend behandelt. Vier schöne Farbentafeln, von Henning gezeichnet, bieten sehr instruktive Bilder.

Kurz, ein Werk, würdig der altberühmten Wiener Schule!

Nervi bei Genua. Pauly.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Zur Therapie des Lupus, von Dr. Joseph Schütz zu Frankfurt a/M. (*Münchener med. Wochenschr.* No. 45 u. 46.) Zur Vermeidung der häfslichen Narben bedeckt Verf., sowie nach Ausätzen eine gesunde Granulierung erzeugt ist, die Wunde mit Karbolquecksilberguttaperchapflastermull, bestreicht dieses Pflaster und Umgebung oftmals dick mit Kollodium und läfst den Verband 6—24 Stunden liegen. Der Verbandwechsel mufs stets rasch geschehen, und wenn der Kollodiumanstrich sehr fest haftet, mit einem in Essigäther getränkten Wattebäuschchen nachgeholfen werden. Unter dieser Behandlung nimmt die Wundfläche sehr bald ein gleichmäfsig granulierendes Aussehen an, erschlaffen die starren Hautränder, schreitet die Vernarbung vorwärts, und der Schlufseffekt ist eine sehr weiche, zarte Narbe, die man zum Schlusse durch Massage und Abschleifen mit Marmorpulver und Schmierseife in einen glatten Zustand zu bringen hat. Zur Erzielung schöner Narben und Sicherung des Erfolges ist ferner noch

wesentlich notwendig: 1. gesunde, helle Wohnung, viel Aufenthalt im Freien, den der Verband erlaubt; 2. forcierte Ernährung durch Zugabe frisch bereiteten Malzextrakts, Eidotter oder Leberthran mit Kognak, und 3. methodisch geübte langsame und tiefe In- und Exspirationen.

Dr. DU MESNIL bringt aus der Syphilidoklinik zu Würzburg einen Fall von **Erythema nodosum**, in welchem das Übergreifen des Erythems auf Schleimhäute, das POLOTEBNOFF als selten betont, in reichem Mafse vorhanden und die Schleimhäute der Lippen, Wangen, Zunge, des Gaumens, des Kehlkopfeinganges, der kleinen Labien, Vulva und der Conjunctiva befallen waren. (*Münchener med. Wochenschr.* No. 46. 1888).

Nürnberg. ECKART.

Österreich.

FRANZ MRACEK (**Die Elephantiasis infolge von Syphilis und das Syphiloma hypertrophicum diffusum** [*Wiener klin. Wochenschr.* 1888. No. 12—15]) beschreibt vorerst durch bindegewebige Wucherungen bedingte Volumsvergröfserungen, welche durch die Syphilis eingeleitet und durch äufsere hinzutretende Umstände, als abhängige Lage, erysipelatöse Entzündungen, durch Narbenbildung gesetzte Zirkulationsstörungen etc. in ihrer Entwickelung begünstigt werden und, sofern sie höhere Grade erreichen, auch Elephantiasis Arabum genannt werden.

Dann wendet sich M. zu jenen pathologischen Produkten der Syphilis, welche durch die massenhafte Zellproduktion Hypertrophien an den erkrankten Stellen erzeugen und von älteren Autoren Lupus syphiliticus genannt wurden. M. acceptiert für diese Spätformen der Syphilis den von GOUTARD vorgeschlagenen Namen „Syphiloma hypertrophicum diffusum" und teilt einige hierher gehörige Krankengeschichten mit.

ALBERT ADAMKIEWICZ (**Über Nervenkörperchen des Menschen** [*Sitzungsberichte d. Kais. Akademie d. Wissenschaften in Wien.* XCVII. Bd. Abt. III]) hat in der Primitivscheide der doppelt-konturierten, markhaltigen Nervenfasern im Querschnitt halbmondförmige, auf dem Längsschnitt spindelförmige Zellen nachgewiesen, welche er Nervenkörperchen nennt. Dieselben nehmen den Raum zwischen SCHWANNscher Scheide und dem Nervenmark ein, ihre Längsachse entspricht der Längsachse des Nerven; sie sind etwa 4mal so grofs als eine rote Blutzelle, kommen etwa vom zehnten Lebensjahre angefangen konstant beim Menschen vor, und zwar enthalten nur die gröberen, niemals die feineren Nervenfasern Nervenkörperchen. Bei Tieren konnte A. bisher noch keine Nervenkörperchen

nachweisen. In den motorischen Nerven imponieren die Nervenkörperchen durch ihre Beständigkeit, ihre Gröfse und ihre Zahl, in den sensorischen oder sensiblen Nerven dagegen fehlen sie entweder ganz, oder sie sind, wenn sie vorkommen, klein und spärlich. Die motorischen Nerven des Erwachsenen zeichnen sich also durch das grobe Kaliber der sie zusammensetzenden Nervenfasern und durch das beständige Vorkommen grofser und zahlreicher Nervenkörperchen aus.

W. Momidlowski (**Über die Adamkiewiczschen Nervenkörperchen** [*Wiener klin. Wochenschr.* 1888. No. 19 u. 20]) wendet sich vor allem gegen Vignal, der die Nervenkörperchen für Kunstprodukte erklärt hatte, entkräftet dann die Annahme Rosenheims, der dieselben mit Mastzellen identifizierte, und weist schliefslich nach, dafs die Adamkiewiczschen Nervenkörperchen ein integrierender, physiologischer Bestandteil der doppeltkonturierten markhaltigen Nervenfaser des erwachsenen Menschen seien.

Hamburg. Török.

Über Cystitis, von Prof. P. Diday in Lyon. Nach D. befällt die Cystitis unter allen Blennorrhöen der Urethra, welche mehr als einen Monat dauern, je den 4. Kranken. Die Ursachen seien Einspritzungen, Katheterismus, Exzesse, Erkältungen etc., aber häufig wären nicht die geimpften Schädlichkeiten zu entdecken, und hier müsse ebenso wie bei andern Komplikationen des Trippers eine koexistierende Diathese angenommen werden. Bei Schilderung der Symptome und des Verlaufes hebt er hervor, dafs in dem Grade, in welchem die Cystitis abnimmt oder verschwindet, auch der Ausflufs aus der Harnröhre wieder erscheint, und schliefslich erörtert er ausführlich die Gründe gegen die neuere Ansicht, dafs die Cystitis nicht im Blasenhals, sondern in der hinteren Partie der Harnröhre ihren Sitz habe, also nichts Andres als eine Urethritis posterior wäre. (*Wien. med. Presse* 1888. No. 42 u. 43.)

Nürnberg. Eckart.

Über das Centrum ano-vesicale. (*Wiener med. Presse.* 1888. No. 18, 19 u. 20.) M. Rosenthal in Wien bespricht zuerst die von Budge und Goltz experimentell erhaltenen Resultate über den zentralen Einflufs des Rückenmarks auf Blase und Mastdarm. Das Zentrum für diese Organe wurde in der Höhe des 3.—5. Lendenwirbels gefunden. Dieses mufs bei Menschen natürlich anders sein, da das Rückenmark gewöhnlich nur bis zum 2. Lendenwirbel reicht. Nach Leyden verlassen die motorischen Blasennerven mit dem 2.—3. Lumbalnerven das Rückenmark. Charcot verlegt das ano-vesikale Zentrum in die untere Lumbalregion. Nach einem

Falle KIRCHHOFFS müfste dasselbe in der Gegend des STILLINGschen Sakralkernes gesucht werden. Ein von R. beobachteter Fall bietet ein reines Lähmungsbild der Reflexzentren der Sphinkteren ohne jegliche motorische oder sensible Beeinträchtigung der Extremitäten dar. Verf. verlegt mit KIRCHHOFF den Sitz des fraglichen Zentrums in die Höhe des Austritts der Sakralwurzelnerven. Als Stütze dieser Annahme betrachtet er die Experimente FELLNERS und ARTHAUD-DUPRATS. (Nach *Neurol. Cbl.* 1888. No. 20.)

Bartholinische Drüse mit doppeltem Ausführungsgange, von J. TROST. (*Wien. med. Blätter.* 1888. No. 17.) Bisher waren nur die drei Fälle von CASPAR BARTHOLINI, C. A. MARTIN und H. LEGER (*Archiv. gén.* 1862. Janv. Févr.) und Prof. LANG (*Med. Jahrb. der Ges. der Ärzte in Wien.* 1887) bekannt, wo die Anomalie beiderseits war. TROSTS Fall betrifft eine 18jährige Handarbeiterin, bei der die Injektionen von Kali hypermanganicum nur teilweise aus der normalen Mündung links zurückkamen, der gröfste Teil jedoch einer Öffnung an der Innenfläche des kleinen Labium entquoll. Man fand nun an normaler Stelle eine punktförmige Öffnung, durch die man ca. $1^1/_2$ cm weit eine Haarsonde vorschieben konnte; bei Druck auf die Drüse entleerte sich eine eiterige Flüssigkeit daraus. Circa 3 cm nach aufsen oben fand sich eine halbmondförmige Schleimhautfalte, unter die man 2 cm weit nach innen hinten gegen die Drüse mit einer Sonde vordringen konnte.

Rechts war die BARTHOLINIsche Drüse kleinbohnengrofs. An der normalen Ausführungsgangstelle sah man eine seichte Vertiefung, für den Knopf einer haarfeinen Sonde passierbar, ohne das Vordringen zu gestatten. Circa mitten zwischen dieser Stelle und der hintern Kommissur befindet sich an der Seite des Vestibulums unter einer Karunkel eine für eine starke Sonde passierbare Öffnung, durch die man in einen 1 cm langen Gang kommt, der frei in die Vagina mündet. Gespalten zeigt der Gang überall normale Schleimhaut, nirgendwo aber eine Öffnung für einen event. Ausführungsgang.

Nervi bei Genua. PAULY.

Amerika.

Dr. LEWIS hat nach der Vorschrift von CLAY das **Chios-Terpentinöl** bei verschiedenen Fällen von **Karzinom** mit anscheinend gutem Erfolg gegeben. Alle Patienten haben das Mittel gut vertragen, sobald es von Zeit zu Zeit auf einige Tage ausgesetzt wurde. Ein Fall von Uteruskrebs zeigte ausgesprochene Besserung bei dieser Behandlungsweise, indem der Schmerz nachliefs, die Hämorrhagien aufhörten, und die Granulationen ein gesundes

Aussehen annahmen. Desgleichen hat ein grofses Epitheliom des Gesichts einen ganz andern Charakter angenommen. Bei einigen Patienten dagegen wurde gar keine Wirkung konstatiert. (*New York med. Journal.* 21. Juli.)

Dr. Penn (Lexington) hat von der **Behandlung des Herpes tonsurans mittels Salicylsäure** gute Resultate gesehen. Das Mittel wird entweder in Salbenform oder, was besser ist, in Kollodium aufgelöst appliziert. In letzterer Form genügt es gewöhnlich, die Stelle einmal damit einzupinseln, um völlige Heilung zu erzielen, doch kann das Pinseln täglich einmal nötig sein. Aufser einem kurzdauernden Schmerz hat er keine üblen Wirkungen beobachtet. Mifserfolg ist ihm nur einmal bei einem inveterierten Falle begegnet und wurde auch da stets eine zeitweilige Besserung erzielt. (*New York med. Journal.* 19. Mai.)

In der *Cincinnati Med. News* (Mai 1888) erhebt Dr. Barnofather Dayton) Anspruch darauf, schon 1875 in der der Schilddrüse eines an maligner **Scarlatina** leidenden Kindes entnommenen Flüssigkeit einen kommaförmigen **Bacillus** als spezifische Krankheitsursache entdeckt zu haben. Derselbe fand sich gruppenweise ziemlich gleichmäfsig durch das Menstrum hin verteilt. Verf. hat seitdem nicht wieder ähnliche Mikrobien gefunden; er habe aber auch keinen so malignen Fall zu beobachten seitdem Gelegenheit gehabt. (*New York med. Journal.* 9. Juni.)

Dr. George Howe (New Orleans) berichtet im *Atlanta Med. and Surg. Journal* über eine Reihe von syphilitischen Erkrankungen in verschiedenen Stadien, bei denen er mit **Succus alterans** gute Resultate erzielte. (*New York med. Journal.* Juli 14.)

A. R. Robinson macht Mitteilung über seine Studien der **Schweifsdrüsen.** Entgegengesetzt den Beobachtungen Köllikers hat Verf. in der Haut der Fingerspitzen schon in der elften Woche Schweifsdrüsen vorgefunden, deren Entwickelung auf ein Alter von sicherlich acht Tagen schliefsen liefs. Desgleichen hat er den Knäuelteil und das Lumen schon mit vier und einem halben Monat ausgebildet vorgefunden, was nach andern erst mit dem 6. oder 7. Monat statthaben soll. Das Entstehen des Lumens ist er geneigt, nicht auf eine Auflösung von Epithelzellen, sondern auf eine Ansammlung von Sekret zwischen den Zellen zurückzuführen. In dem sekretorischen Teil der Drüse findet sich keine permanente Cuticula, welche überhaupt nicht aus Endothelzellen, sondern aus dem chemisch umgewandelten Inhalt der Epithelzellen besteht. Dafs die sogenannten Schweifsdrüsen nicht Schweifs, sondern Fett sezernieren, ist von Unna mit vielen gewichtigen Gründen, welche Verf. auch anführt, dargelegt worden. Dafs diese Gebilde doch auch Schweifs absondern, ist nach Verf. dadurch erwiesen, dafs ihr Sekret auch Harnstoff, Harnsäure, Milchsäure und oxalsauren Kalk enthält; ferner durch den Nachweis der sekretorischen Nerven, welche es ermöglichen, dafs die Schweifsabsonderung auch unabhängig vom

Blutdruck vor sich gehen kann, und durch das Entstehen von reinen Schweifscysten im Korium, deren Inhalt von den Schweifsdrüsen geliefert worden sein müfste. Desgleichen sieht man ein direkt auf die Schweifsdrüsen zu beziehendes Schwitzen bei Lichen tropicus, bei dem dasselbe in übermäfsiger Reichlichkeit auftritt. (*New York med. Journal.* Juli 14.)

Hayem und Parmentier beschreiben gewisse Affektionen des Rückenmarks als direkte **Folgen der Gonorrhöe.** Unter den Symptomen sind zu nennen: Schmerzzone, lanzinierende Schmerzen beider untern Extremitäten, doppelseitige Ischias, Hyperästhesie, Steigerung des Patellarreflexes, epileptoides Zittern, geschwächte Motilität, Atrophie der Beinmuskeln. Diese Erscheinungen werden gewöhnlich im Verein mit Gelenkschmerzen beobachtet und zeigen gleichzeitig mit diesen auch Verschlimmerungen und Besserung. Das Leiden scheint stets auf die untern Extremitäten beschränkt zu sein; die dabei konstatierten pathologischen Veränderungen des Rückenmarks sind als Hyperämie oder auch Meningo-Myelitis der hinteren oder auch der vorderen Seitenstränge des Rückenmarks beschrieben. (*Rev. de Med.* nach *New York med. Journal.* Aug. 18.)

Lepra in Rufsland. In den Ostseeprovinzen nimmt die Lepra stetig zu. Litthauen hat allein 250 bis 300 Aussätzige aufzuweisen; in der Gegend von Dorpat rechnet man auf 1000 Einwohner ca. 10 Leprakranke. Es soll ein besonderes Hospital für 40 an Lepra leidende Patienten errichtet werden. (*Journ. Am. Med. Assoc.* Juni 9.)

Von George H. Fox ist zu seinem umfassenden Werke über Dermatologie die zweite Serie der **photographischen Aufnahmen von Hauterkrankungen** erschienen. Das Buch umfafst vier Teile und enthält neben ausgiebigem Text naturgetreue Abbildungen der verschiedenen Hautaffektionen.

Desgleichen ist eine zweite Auflage von Dr. Hydes **Praktische Abhandlungen über Erkrankungen der Haut** herausgegeben. Beide Werke werden als von bedeutendem wissenschaftlichen Werte empfohlen. (*Journ. Am. Med. Assoc.* Mai 26.)

Zur **Behandlung von Furunkeln und Karbunkeln** empfiehlt Fenn nochmals die Anwendung von hypermangansaurem Kali, in der Stärke von 0,6 : 30,0 Aqua. Indem man wenige Tropfen mit dem Pfropfe eines Furunkels in Berührung bringt, werde derselbe im Entstehen koupiert resp. in sehr kurzer Zeit geheilt. Verf. hat kürzlich auch zwei ausgedehnte Karbunkeln durch subkutane Einspritzung der Lösung in die cribriformen Öffnungen innerhalb acht Tagen zum heilen gebracht. (*Journ. Am. Med. Assoc.* Juni 16.)

Dr. N. N. Rüsanoff rühmt der Scarenzio-Smirnoffschen Methode der **hypodermatischen Kalomeleinspritzungen bei Syphilis** folgende

Vorzüge nach: 1. dieselbe ist sowohl für das Hospital als auch die ambulante Behandlung sehr bequem; 2. bei inveterierten, vernächlässigten Fällen erhält man die besten Resultate; 3. die Methode läfst sich als diagnostisches Hilfsmittel gut verwenden, da eine maximale Wirkung sofort bei der ersten Injektion erzielt wird, und bei nichtluetischen Personen völlige Indifferenz dagegen beobachtet wird. R. injiziert alle 3—4 Wochen ca. 0,2 Kalomel. (*Journ. Am. Med. Assoc.* Juni 23.)

In der Med. Soc. State of Pennsylvania stellte am 7. Juni John Shoemaker (Philadelphia) einen Patienten vor, der seit 19 Jahren an wiederholten Recidiven von **Psoriasis** gelitten hatte. Das Merkwürdige dabei war, dafs jeder Rückfall mit einer rheumatischen Attacke verknüpft war. Therapeutische Eingriffe waren bisher vergeblich gewesen, doch hofft Verf. von Suppositorien mit arseniger Säure (0,015 bis 0,03) auf die rheumatische Diathese und somit auf die Psoriasis einwirken zu können. (*Journ. Am. Med. Assoc.* Juni 30.)

Shoemaker verteidigte vor der medizinischen Abteilung der 39. Jahresversammlung der American Med. Assoc. das **β-Naphthol** gegen die mehrfach publizierten Vorwürfe seiner Nachteiligkeit. Das β-Naphthol des Handels sei durchgängig unrein und unzuverlässig. Verf. hat dagegen das von ihm selbst verfertigte Produkt eben so wirksam gefunden gegen Scabies, Psoriasis und Chromophytosis, wie dies von Kaposi unter anderm geschildert wird. Desgleichen ist es bei Ekzem von grofsem Nutzen, indem es einmal das Jucken lindert und auch die Infiltration reduziert. Bei Wunden und Geschwüren der Haut ist es als Desodorans und zur Förderung gesunden Granulierens sehr empfehlenswert. Auch bei Gonorrhöe ist dasselbe höchst wirksam; ferner in Verbindung mit Adeps oder Gelatine als Salbe bei schuppendem und rissigem Ekzem. — Bei keinem seiner Patienten hat Verf. irgend einen nachteiligen Einfluſs beobachtet. (*Journ. Am. Med. Assoc.* Juli 14.)

Dr. Conners schildert (*Journ. Am. Med. Assoc.* 18. Aug.) einen Fall von **primärem Sarkom der Kopfhaut** bei einer 35jährigen Frau. Der Tumor hatte angeblich in Bohnengröfse während 13 Jahren unverändert fortbestanden; in den letzten zwei Jahren war er aber ziemlich schnell gewachsen, und namentlich seit ihrer Entbindung war die Gröfsenzunahme eine ganz kolossale gewesen, indem im Laufe von 5 Monaten die Geschwulst von der Gröfse eines Gänseeies bis zu einem Gewichte von 5 Pfund anwuchs. Nach einer möglichst vollständigen Entfernung der Neubildung erfreute sich Patientin während achtzehn Monaten einer ungestörten Gesundheit. Alsdann bemerkte aber die zur Zeit im ersten Monat gravide Frau eine Empfindlichkeit und bald darauf auch ein Knötchen in der Haut. Nach ihrer Entbindung nahm diese Geschwulst mit grofser Geschwindigkeit zu, so dafs bei einer abermaligen Operation dieselbe 7½ Pfund wog

Heilung per sec. int. in 4 Wochen. Der Fall ist interessant, einmal wegen der grofsen Seltenheit primärer Hautgeschwülste und anderseits wegen der auffälligen Beeinflussung ihres Wachstums durch die Schwangerschaft. Verf. glaubt, dafs ein jeder harte Knoten der Kopfhaut auch trotz lange dauernden, unveränderten Bestehens sich zu einer bösartigen Neubildung möglicherweise entwickeln kann, und empfiehlt von diesem Standpunkte aus frühzeitige Entfernung desselben.

Dr. R. KENNER hat seit 6 Jahren das Quecksilbernitrat in Salbenform zur **abortiven Behandlung von Furunkeln und Panaritien** angewandt. Er hat auf diese Weise bei fast allen derartigen Affektionen, falls noch keine Eiterung eingetreten war, den gewünschten Erfolg gehabt. Zur Behandlung von Panaritien empfiehlt es sich den ganzen Finger ca. 1/8 Zoll dick mit Salbe einzuhüllen und mit Heftpflaster zu umwickeln Dieser Verband bleibt 24 Stunden liegen, worauf eine weitere Behandlung unnötig ist. (*Therap. Gaz.*; *Journ. Am. Med. Assoc.* Sept. 8.)

Dr. NEWMAN wird durch einen heftigen Angriff seitens Dr. J. B. THOMAS (*Journ. Am. Med. Assoc.* Aug. 11 und Sept. 8) veranlafst, die **Vorgänge der elektrolytischen Behandlung von Urethralstrikturen,** wie dieselben bei 200 Fällen im Laufe von 19 Jahren von ihm erkannt worden sind, mit Nachdruck hervorzuheben. Es ist jedenfalls ein bemerkenswerter Erfolg, wenn bei dieser Behandlungsweise ein Recidiv Monate und Jahre lang ausbleibt. Dr. SWINFORD EDWARDS (London) fafst in *Med. Press and Circular.* Apr. 11. 1888 die Vorzüge der Elektrolyse wie folgt zusammen:

1. Die Methode kann ambulant angewendet werden.
2. Ist mit keiner Lebensgefahr verknüpft.
3. Kein Schmerz, nur bisweilen geringe Belästigung.
4. Keine Blutung.
5. Ein Mifserfolg hindert durchaus nicht die sofortige Vornahme der Urethrotomie.
6. Es kann völlige Heilung damit erzielt werden.

N. hat wiederholt vor ärztlichen Zeugen Gelegenheit genommen zu zeigen, dafs es möglich ist, eine Striktur, welche für Bougies undurchgängig st, mittels der Elektrolyse in wenigen Minuten passierbar zu machen.

Dr. L. TURNBULL teilt (*Phil. Med. Times.* Sept. 1.) einige Bemerkungen über das **Entstehen der Taubheit im Gefolge von Syphilis** mit. Die Affektion, welche in Amerika seltener zu sein scheint als in Europa, tritt gewöhnlich im Verein mit syphilitischen Läsionen der Augen, des Rachens und der Nase auf. Es entsteht dadurch zuweilen eine hochgradige Taubheit. Die Knochenleitung ist bei Patienten mit konstitutioneller Syphilis, namentlich bei jugendlichen Individuen, auffällig gestört. Ein primäres Ulcus des Rachens, des Nasenrachenraums, des Gehörgangs ist in seltenen Fällen die

erste Andeutung eines syphilitischen Ohrenleidens. In utero schon kann sich eiterige Otitis media, oder Otitis media serosa syphilitica entwickeln; bei jugendlichen und auch bei erwachsenen Patienten findet sich Hyperämie der Schleimhaut mit nachfolgender Ankylose der Gehörknöchelchen und sehnigen Adhäsionen mit dem Mittelohr nach der Tuba Eustachii und der Rachenhöhle hin. Die Krankheit kann sowohl die edelsten Teile des innern Ohres als auch den Gehörnerven und das Gehirn selbst befallen. Bei dieser Form erhält man die besten Resultate durch die kombinierte Anwendung von Quecksilber mit Pilokarpin. Als zweckdienliches Rezept wird auch empfohlen:

℞ *Hydrarg. bichlor.* 0,020
Acid. arsen. 0,015
Ferr. pyrophosphat. 0,360
M. div. in pill. No. XXIV. S. 3mal tägl. 1 Pille.

(*Journ. Am. Med. Assoc.* Sept. 15.)

Maison empfiehlt die Anwendung **subkutaner Injektionen von Jodoform mit Eukalyptol,** welche bei Lungenaffektionen wirksam sein sollen, ganz besonders bei Hautkrankheiten, namentlich bei schuppenden Affektionen. So hat er in einem Fall von Ichthyosis ausgesprochene Besserung erzielt. Die Dosis Jodoform soll nicht 0,12 einmal in drei Tagen übersteigen. (*Journ. Med. Paris.* Aug. 12.; *Med. News.* Sept. 8.)

Abnorme Auswüchse auf der Haut werden folgendermafsen erfolgreich behandelt: Nach gründlicher Reinigung mit Borlösung wird die betreffende Stelle mit reiner Salicylsäure in Kristallform bedeckt, und dieselbe durch einen Streifen Lint an Ort und Stelle festgehalten. Über das Ganze kommt eine Bedeckung von Guttaperchapapier. Erst nach 8 Tagen wird der Verband entfernt, und findet es sich dann, dafs die Neubildung von ihrer Unterlage völlig abgelöst und geschrumpft ist, ohne dafs die normale Haut irgendwie affiziert worden wäre. (*L'Union médicale.* Aug. *Med. News.* Sept. 8.)

Vor der Philadelphia Acad. Surg. zeigte Dr. Gross Photographien von einem an **Gutta rosacea** (Akne rosacea) leidenden Patienten, bei dem durch eine plastische Operation eine ganz wesentliche Besserung erzielt wurde. Die Affektion hatte über zwölf Jahre bestanden. Aufser dyspeptischen Beschwerden bot der 47jährige Patient nur eine leicht erklärliche psychische Verstimmung und Unumgänglichkeit dar. In den seit der Operation verflossenen neun Monaten sind keine Andeutungen eines Recidivs beobachtet worden. (*Med. News.* Juli 21.)

Brewer berichtet über günstige Resultate in der **Behandlung von Epididymitis mittels Pacquelins Thermokauter** nach Dr. Halsted, und schildert 46 derartig behandelte Fälle. Mit dem weifsglühenden Platin wird die Haut über dem erkrankten Organ leicht berührt, ohne grofsen

Schmerz hervorzurufen. Es wird alsdann ein Jodoformsalbenverband angelegt und ein Suspensorium zur Ruhigstellung umgelegt. Es soll fast ausnahmslos sofortige Linderung der Schmerzen erzielt werden, und die Patienten können aufstehen und ohne wesentliche Beschwerden umhergehen. Auch bei gonorrhoischem Rheumatismus soll diese Behandlungsweise wirksam sein. (*Med. Press.* Aug. 1.; *Med. News.* Sept. 8.)

Allen J. Smith berichtet (*Med. News.* Aug. 11) über die erfolgreiche **Behandlung eines phagedänischen Schankers mittels Dauerbädern** nach Hebra. Patient, ein 25jähriger Schauspieler, war während 6 Monaten an einem anfangs gutartig aussehenden Schanker, der aber bald nach der wegen Phimosis ausgeführten Zirkumzision den phagedänischen Typus annahm, erfolglos behandelt worden. Trotzdem der Prozefs den ganzen Penis bis auf ein zolllanges Stück zerstört hatte, wurde mittels warmer Bäder von anfangs zwei-, später achtstündiger Dauer innerhalb 4 Wochen derselbe zum völligen Stillstand und bald darauf zur gänzlichen Heilung gebracht. — Bei einem konstitutionell Syphilitischen mit ausgedehnten Geschwüren hatte diese Methode keine Wirkung.

Die **giftige Wirkung des Petroleums auf die Haut** und den Körper im allgemeinen, wie dieselbe von Lewin (*Virchows Archiv.* Bd. CXII. Hft. 1) geschildert worden ist, mufs nach W. H. Sharp ausschliefslich auf die Anwesenheit von den leichten Ölsorten zurückgeführt werden. Letztere enthalten viele Gase, welche sich naturgemäfs der Atmosphäre mitteilen, während die Petroleumsorten von hohem spezifischen Gewicht kein Gas enthalten und geradezu schwer entzündlich sind. Desgleichen üben sie keine reizende Wirkung auf die Haut aus. Verf., der 19 Jahre in Volkano, einem schweres Öl produzierenden Orte ansässig war, hat in dieser Zeit niemals einen Hautausschlag oder Akne, wie Lewin dieselben beschreibt, zu beobachten Gelegenheit gehabt, was er auf den Umstand zurückführt, dafs in seiner Gegend das Erdöl nicht zu Leuchtzwecken zubereitet wurde. Im Gegenteil sind die schwersten Sorten als kühlende Salbe bei Brandwunden ersten Grades dort mit Recht sehr beliebt. Die bei der Verarbeitung der schweren Öle entstehenden Hautausschläge (Lewin) glaubt S. auf die dabei in Anwendung kommende Schwefelsäure und Sodalauge zurückführen zu können.

Das brennbare Petroleum hat Verf. oftmals als Gegenreizmittel statt Senfblätter oder Krotonöl angewendet. Auch innerlich genommen hat das schwere Öl keine schädlichen Wirkungen hervorgerufen. (*Med. News.* Aug. 11.)

John K. Mitchell hat neben verschiedenen Fällen von allgemeiner Furunkulose und einer in Form einer kleinen Epidemie auftretenden Allgemeinerkrankung mit Verdauungsstörungen als Hauptsymptomen auch eine auffällige Art von **Komedonenbildung als Folge des Einflusses des Petroleums auf die Haut** beobachtet. Der ausführlich mitgeteilte Fall

betraf einen 39jährigen Mann, der drei Jahre lang ohne wesentliche Beschwerden in der Paraffinraffinerie thätig gewesen war, alsdann aber von so ausgedehnter und schmerzhafter Furunkulosis befallen wurde, dafs er die Arbeit einstellen mufste. Neben dieser Affektion bot die Haut nicht nur im Gesicht und auf der Stirn, sondern auch am Rumpf, den Extremitäten und Händen eine auffällige Menge gröfserer und kleinerer Komedonen dar, aus denen sich zweifelsohne die Furunkel, welche in allen Stadien der Entwickelung über die Haut in gröfster Dichtigkeit ausgebreitet waren, entwickelt hatten. Mikroskopisch boten dieselben nichts Aufsergewöhnliches dar. Mittels Sodabädern wurde bald bedeutende Besserung erzielt, doch scheint die Behandlung längere Zeit in Anspruch genommen zu haben, indem die Furunkelbildung trotz derselben von Zeit zu Zeit recidivierte. Auffällig waren die intensiven nächtlichen Schmerzen, welche die Anwendung von Morphium erforderlich machten. Verf. hat ferner beobachtet, dafs die im Kühlzimmer der Paraffinfabrik beschäftigten Arbeiter weit eher erkranken, als diejenigen, welche im warmen Zimmer zu thun haben. Er glaubt, dafs dieses ganze Leiden durch Reibung der wachsgetränkten Kleider gegen die Haut verursacht werde, und hält es für möglich, dafs die wärmere Umgebung der Ablagerung des Wachses auf Kleidern und Haut weniger günstig ist als die Kälte. — Verschiedene dem mitgeteilten analoge Fälle sind Verf. bei Gelegenheit eines Besuches in der Paraffinfabrik zur Kenntnis gelangt, doch bieten sie mit Ausname eines eine vorübergehende Poikilocytose aufweisenden Falles, keine weiteren Besonderheiten dar.

In der *Gazette de Gynécologie.* Juli 15 wird von Lustgarten zur Behandlung des **Ekzems am Anus und den Genitalien** folgende Salbe empfohlen:

℞ *Cocainoleat* 1/2 bis 1 Tl.
Ol. olivar. 2 Tle.
Lanolin 10 Tle.
M. f. ungt.
S. 2mal tgl. aufzustreichen.

(*Med. News.* Aug. 11.)

Über Kalomelinjektionen bei Syphilis macht Wilson auf Grund von mit dieser Methode behandelten Fällen Mitteilung. In Amerika sind bisher nur von Bloom und Morrow Versuche mit dieser Behandlungsweise mitgeteilt worden. Verf. hebt die bekannten Vorzüge derselben hervor; ihre zwei Nachteile, Schmerzhaftigkeit und Möglichkeit der Abscefsbildungen, hält er für nicht bedeutend. Letztere Schattenseite sei hauptsächlich, wenn nicht gänzlich, auf mangelhafte Technik zurückzuführen. Das Kalomel wurde in reinem Glycerin suspendiert und jede Dosis (à 0,06) einzeln dispensiert. Um nicht weniger als das gewünschte Quantum thatsächlich einzuspritzen, wurde in jedem Fläschchen 0,015 mehr eingefüllt. Die Resultate

der ziemlich detailliert mitgeteilten Krankengeschichten waren fast durch weg günstig. (*Med. News.* Juni 2.)

Audhoui verschreibt (*Rev. de Thérapeut.* Mai 1) bei **Gonorrhöe** als Injektionsflüssigkeit:

℞ *Antipyr. pur.* 4,5
Zinc. sulphat. 0,45
Aq. Rosae
Aq. lauroc. ää 12,5

(*Med. News.* Juni 16.)

Zur Behandlung der **Hyperidrosis cutis,** namentlich der Füfse und der Axilla, empfiehlt Bardet (*Nouveaux Remèdes.* 8. Mai) neben Bädern und der Anwendung von Alkohol die folgenden zwei Streupulver:

I. ℞ *Talc. pulv.* 40
Bismuth. subnitr. 45
Potass. permangan. 13
Natr. salicyl. 2
F. pulv. subtil.

II. ℞ *Pulv. oryz.* 60
Bismuth. subnitr. 25
Kal. hypermang. 10
Talc. pulv. 5
M. subtiliter, f. pulvis.

(*Med. News.* Juli 14.)

Gegen **chronische Akne** wird (im *Lyon Médicale.* Aug. 5) empfohlen:

℞ *Resorcin*
Pulv. amyl.
Zinc. oxyd. ää 3
Ungt. paraff.
M. f. ungt.

Die Salbe wird abends sorgfältig aufgetragen und morgens mit ölgetränkten Wattebäuschchen entfernt. Dieselbe wird als sehr wirksam und völlig reizlos gerühmt. (*Med. News.* Sept. 1.)

Van der Veer publiziert unter andern chirurgischen Operationen einen Fall von **Malum perforans pedis** bei einem 14jährigen Mädchen; das Übel scheint sich an eine überstandene Cerebrospinal-Meningitis angeschlossen zu haben, hatte 9 Monate bestanden und heilte nach Entfernung des kleinen Zehs nebst Metatarsalknochen in 14 Tagen gut aus.

Derselbe schildert (ebenda) einen Fall von **Epitheliom des Penis,** das sich in unmittelbarem Anschlufs an ein diffuses Ekzem desselben ent-

wickelt hatte. Abtragen des Gliedes nahe an der Basis. Heilung. (*Med. News.* Sept. 1.)

Dunn beschreibt zwei Fälle von **Glossy skin**, deren Entstehen auf Nervenverletzung zurückzuführen war. Der erste betraf eine 79jährige Frau, welche sich eine Oberschenkelfraktur zugezogen hatte. Ungefähr 6 Wochen nach der Verletzung, während welcher Zeit Patientin fast unausgesetzt mehr oder weniger heftige Schmerzen erlitten hatte, trat an dem verletzten Bein jene eigentümlich glänzende, wie polierte, haarlose Beschaffenheit der Haut hervor, dabei war dieselbe fleckenweise rötlich bis purpurrot verfärbt, an einigen Stellen von Epidermis entblöfst. Heerdweise trat auch während der Akme der Affektion ein vesikuläres Ekzem auf, bei dessen Erscheinen eine Abnahme der Beschwerden konstatiert wurde. Die damit verbundene Hyperästhesie der Haut hatte ihren Höhepunkt während der fünften Krankrankheitswoche erreicht, war aber vor Ablauf von drei bis vier Monaten nicht völlig verschwunden; der Hautglanz war um diese Zeit noch unvermindert und hat sich auch in den seit der Verletzung verflossenen zehn Monaten noch nicht völlig verloren. Bemerkenswert ist auch, dafs während dieser ganzen Zeit das Wachstum der Zehennägel stillstand.

Der zweite Fall betraf einen Neger, welcher sich mehrere Brand- und Quetschwunden der Haut zugezogen hatte; die eine derselben auf der Aufsenseite des Unterschenkels heilte nur langsam. Vierzehn Tage nach deren Vernarbung klagte Pat. über einen brennenden Schmerz an der betreffenden Stelle, sowie an dem Fufs und den Zehen. Überm Fufsgelenk bestand die gröfste Schmerzhaftigkeit, und es traten an dieser Stelle auch Blasenbildungen auf. Die Haut ringsherum war fleckig, hell- bis dunkelbraun, dünn, glänzend, sehr glatt, ohne Haare und auf Berührung höchst empfindlich. Mit der Entleerung blutigen Serums aus den Bläschen hörten die sonst unerträglichen Schmerzen auf. Die Glossy skin war noch nach 10 Wochen unverändert. Die Affektion war ziemlich genau auf das Gebiet des N. peroneus beschränkt. (*Med. News.* Juli 7.)

Zur **Behandlung des Erysipels** gebraucht Bilieff (*Revue de Therap.* Apr. 1) lokale Applikationen von Ichthyol mit Äther ää 1 auf Kollodium 15 Teile. (*Med. News.* Mai 19.)

Eine vorläufige Bemerkung über ein **fieberhaftes Exanthem** (Roseola Vaccina) **im Gefolge von Vaccination** teilt Denison Stewart mit. Bei einem 4½jährigen Knaben trat acht Tage nach der Impfung an der Impfstelle eine ziemlich grofse Pustel, umgeben von einem tiefrotem Hof auf; dabei war der ganze Arm gerötet, Achseldrüsen geschwollen und schmerzhaft, und es entwickelte sich im Laufe von 2 Tagen ein intensiver, erythematöser Ausschlag über den ganzen Körper. Anfangs war derselbe in Form eines diskreten, kleinfleckigen, sehr wenig erhabenen, rosaroten Erythems am geimpften Arm zuerst bemerkt worden; derselbe konfluierte aber

ziemlich rasch, namentlich an den Extremitäten und dem Gesicht; an Abdomen, Brust, Nacken, Rücken hatten sich sehr zahlreiche regelmäfsig verteilte, roseolaartige Maculae, von denen einige auch Erhebung über das Hautniveau zeigten, entwickelt. Dabei war das Allgemeinbefinden sehr erheblich gestört; es bestand hohes Fieber, Anorexie, Brechneigung, dick belegte Zunge, auf der Höhe der Affektion auch allgemeine Krämpfe. Das vollausgebildete Exanthem erinnerte lebhaft an das Prodromalexanthem bei Variola, Roseola variolosa. Allmählich wurde die Affektion mehr lupusartig und hinterliefs in der Haut verfärbte Stellen, welche mehrere Tage hindurch bestehen blieben.

Ein zweiter Fall zeigte ganz ähnliche Verhältnisse. Abnormer Verlauf der Impfung; am 7. Tage Pustelbildung, Fieber, Erbrechen, Delirien; am 8. Tage war der ganze Körper mit einem dem in Fall I beschriebenen ähnlichen Ausschlag bedeckt. Verf. ist seit dieser Publikation ein dritter, aber milderer Fall vorgekommen. Er ist der Ansicht, dafs dieser Ausschlag auf direkte Infektion mit dem (sicher reinen) Impfstoff zurückzuführen ist. Weshalb dieselbe nicht regelmäfsig auftrete, ist ebenso schwer zu beantworten, wie die Frage, warum nicht in allen Fällen von Variola ein prodromales Exanthem auftritt. (*Med. News.* Mai 19.)

Grassett (Toronto) besprach vor der Ontario Med. Ass. die **verschiedenen Arten von Ausflufs aus der Urethra.** Zur Behandlung der Gonorrhöe im Anfangsstadium hat sich ihm als beste Methode neben Bettruhe, Enthaltung von Alkohol und Tabak, alkalischem Getränk die Irrigation der Urethra mit heifsem Wasser bewährt. Bei chronischem Tripper empfiehlt sich die Anwendung von Ol. theobrom. 100,0, Arg. nitr. 1—1½; Bals. Copaiv. 2,0 mittels geriefter Bougies nach Casper (Berlin) in die Urethra einzuführen.

Die Prostatorrhöe hat Verf. in vielen Fällen mit tonischen Mitteln und lokaler Applikation von Arg. nitr. geheilt. (*Med. News.* Juni 30.)

Felsberg. Filippi.

Verschiedenes.

Über Jodoform. C. Neuss-Wiesbaden wies in der Sektion „Pharmazie" der Naturforscherversammlung darauf hin, dafs gewisse Handelssorten von Jodoform, die zwar den Anforderungen der Pharmacopoea Germanica II vollständig entsprechen, beim Lösen in 10 Teilen Äthyläther sofort eine rote Lösung geben, während andre sich mindestens 10 Minuten gelb erhalten. Erstere geben reiner (chlorfreier) Gaze sofort eine grüne Farbe, die eigentümlicherweise, bei Lichtabschlufs einige Tage oder Wochen aufbewahrt, wieder in normales Gelb zurücktritt. Ein solches Jodoform hat aber kaustische Wirkung auf die Haut, und es ist daher nach N. möglich, dafs die öfter gemeldeten Nebenwirkungen des Jodoforms auf die gedachte Verunreinigung zurückzuführen sind. Die chemische Natur des

so leicht Jod entbindenden Nebenkörpers (in der roten Lösung ist Jod nachzuweisen, während mit Alkohol solches aus fraglichem Jodoform nicht zu extrahieren) hat Verf. nicht zu ermitteln vermocht, doch nimmt er als feststehend an, dafs 1. freies Jod und Jodwasserstoff vor der Lösung in Äther nicht vorhanden, 2. dafs dieser Körper anscheinend sich in Äther leichter als Jodoform löst. (*Pharm. Centralh.* 1888.)

Zur geneigten Beachtung.

Der Umfang der „Monatshefte für Praktische Dermatologie" hat von Jahr zu Jahr zugenommen. Während der Jahrgang 1886 675 Seiten umfafste, wird der jetzt beendigte Jahrgang 1888 mit den noch folgenden Registern 1300 Seiten übersteigen. Dieses aufserordentliche Anwachsen — Verdoppelung — des Umfanges hat eine entschiedene Unbequemlichkeit in der Benutzung der Monatshefte zur natürlichen Folge. Deshalb ist den Abonnenten bereits in diesem Jahre ein Titelblatt und provisorisches Inhaltsverzeichnis für das erste Semester eingehändigt worden. Da nun nach den vorliegenden Einsendungen und Anmeldungen, sowie den neu angeknüpften Verbindungen auch für die Folge eine Vermehrung der Beiträge und somit des Umfanges schon jetzt feststeht, und demnach bei Beibehaltung des jetzigen Formates und der Jahresregister die Handhabung des Jahrgangs in einem Bande immer unthunlicher wird, werden die „Monatshefte für Praktische Dermatologie" vom Jahre 1889 ab in einem vergröfserten Format und in 2 Bänden jährlich erscheinen; jedem Band wird ein ausführliches Namen- und Sachregister, sowie eine systematische Übersicht beigegeben werden. Preis des Bandes 12 Mark. Wie in den letzten Jahren werden monatlich zwei Hefte ausgegeben.

Mit dieser Nummer schliefst der VII. Band der *Monatshefte für Praktische Dermatologie.* Das Sach- und Namenregister, sowie die systematische Übersicht werden schnellstens nachgeliefert. Um keine Störung in der Zusendung der Fortsetzung eintreten zu lassen, ersuchen wir die verehrlichen Abonnenten um rechtzeitige Erneuerung ihrer Abonnements.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg und Leipzig.
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Sachregister.

Die römischen Zahlen beziehen sich auf die Ergänzungshefte.[1]

Abort durch Syphilis (Black) 755.
Abscefs, kalter 1038.
Addisonsche Krankheit (Thacher) 808.
Ainhum 87.
Akné anthracoïde. jodopotassique (Taylor) 1218.
— Behandlung der (Unna) 54; mit Resorcin (Fox) 809. 54. 1259. — Rhinitis als Ursache der (Seiler) 141.
— luposa 746. 747. 1101. 1131.
— rosacea, Morphin als Ursache der (Jackson) 1214.
Akonitin bei Cephalaea syphilitischen Ursprungs (Leroy) 103.
Aktinomykose, Infektion mit 1005. — Übertragung vom Menschen auf den Menschen (Baracz) 648.
Akromegalie, über (Fraentzel) 931.
Albuminurie, Fall von syphilitischer (Casarini) 84.
Aleppoübel 86.
Alopecia u. deren Behandl. (Jackson) 452.
— areata, 148. 608. - Zur Ätiologie der (Leloir) 857; Mibelli (32); (Behrend) 32; und Symptomatologie (Joseph) 319. — Ansteckungsfähigkeit (Thibierge) 144; (Eichhoff) 987. 1025. — Natur der (Tommasoli) 291. — Parasitäre Theorie der 412; neurotische Theorie der 582. — Histologie der 737. 771. — Pathologie und Therapie der (Robinson) 409. 476. 525. 582. 735. 771. — und die Veränderungen der Haare bei derselben (Behrend) 90. — Therapie der (Schachmann) 104.
Alopecia araeta und Alopecia syphilitica, pathologisch-anatomische Veränderungen der (Giovannini) 28.
— pityrodes, Therapie der 295.
Ammon.-Peptonat-Quecksilber bei Syphilis 286.
Amras (Ambriz) 9.
Anästhesie, neue Methode zur Erzeugung von lokaler (Pelizzari) 83.
Analges minor 716.
Angina pectoris auf syphilitischer Grundlage (Hallopeau) 288.
Angiom der Zunge (Treves) 751; (Coolenot) 1041.
Anthrachinonfarbstoffe, Leukostufen der (Liebermann) 454.
Anthrarobin (Behrend) 434. 454. 488. 1245.
Anthrax und Pustula maligna, Lokalbehandlung des (Muskett) 550.
Anthrophore bei infektiöser Urethritis 438. 1215.
Antipyrin u. Antipyrese (Cattani) 289.
— bei Gonorrhöe 196. 344.
— Exanthem u. Ausbruch von Herpes zoster über demselben (Mazotti) 1110.

[1] Zum Jahrgang 1888 erschienen 2 Ergänzungshefte.

Antiseptica, Beiträge zur Kenntnis der (Martens) 791.
Aphthen (Hirtz) 812.
Appendices des grofsen Präputialsackes 1126.
Architektur der Oberhaut und des Papillarkörpers (Unna) 718. 762.
Argas reflexus columbarum 717.
Area Celsi s. Alopecia areata.
Argyrie, über (Baron) 489. — der Urethra (Grünfeld) 545.
Argyrismus bei Silberarbeitern (Lewin) 144.
Arsenik in der Dermatologie (Ricketts) 1108.
Arsenikkrebs (Hutchinson) 493.
Arsenikpigmentierung, Fall von Pemphigus mit nachfolgender (Handford) 493.
Arzneiexantheme, Beitrag zur Lehre von den (Lesser) 540.
Arthritis, über die Natur der gonorrhoischen (Tommasoli) 289.
— bullosa Bazin 625. 687. 841.
— syphilitica secundaria 106. 180. 1155.
Arthritische Anlage, über die; Sind die Lipome arthritischen Ursprungs? (Khröv) 380.
Asphyxie, lokale s. Raynaudsche Krankheit.
Atherome der behaarten Kopfhaut und ihre Behandlung (Cédie) 1040.
Atlas der Hautkrankheiten (Neumann) 37.
Atonische Unterschenkelgeschwüre, Behandlung der (Appenrodt) 696.
Atrophie der Haut zirkumskripte, möglicherweise hereditären Ursprungs (Smith) 1101. — der Nägel (Fox) 1102.
Aspermatismus 787.
Atavismus 7.
Augenleiden, zur Therapie der syphilitischen (Silex) 1209.
Aussatz der Tauben 712.
Ausschlag an den Händen u. Fingern (Elliot) 505; an Händen, Füfsen und der Nasenschleimhaut (Robinson) 947.
Auswüchse der Haut 1256.
Azoospermie 787.

Baderäume, Schutz der Wände und Decken in den 194.
Bakterien, Photographie der (Crookshank) 177.
Bakterienballen E-H. I, 5.
Bakteriologie, Handbuch der (Crookshank) 177.
Balanoposthitis, mit einem Beitrage zur dermatologischen Flora (Tommasoli) 1109.
Balneotherapie bei Syphilis E.-H. II 98.
Bardannae radix s. Klettenwurzel.
Barettas Museum 530.
Bartholinische Drüse mit doppeltem Ausführungsgange (Trost) 1251.
Beethaar, über die Unnasche Lehre vom (Reinke) 1082.
Behandlungsmethoden und neuere dermatologische Gesichtspunkte nach Dr. Unna (Kittel) 186.
Beissels Psoriasispilz 821. 996.
Berghs Jahresbericht vom Vestre Hospital in Kopenhagen für 1887 870.
Berberis aquifolium E.-H. II, 89.
Beriberi, über (Weintraub) 279. 641; in Poulo-Condore (Reaucar) 1056.
Bericht der syphilitisch-dermatologischen Klinik des Professor Lang in Innsbruck 1886 (Schuchter) 443.
Berichtigung (Oberländer) 1164.
Beschneidung s. Zirkumzision
Betol oder Naphtalol, über (Kobert) 591.
Bildungshemmung 7.
Biskrabeule, über die (Bouquet) 1199.
Black tongue E.-H. I, 5.
Blase, Fremdkörper in der; Litholapaxie vermittelst eines Evakuators mit langer gerader, mit Öffnungen versehener Kanüle 497. — Innervation der 927. — Studie über ein pathofores Bakterium der (Clado) 648.
Blasenbildung bei Lichen ruber planus 581.
Blasenkatarrh im Verlauf von Detrusorenlähmung, günstige Wirkungen des Salols bei (Arnold) 793. — Ärztliche Behandlung des chronischen (Schilling) 863.
Blasenrupturen, durch Füllung erzeugte (Ullmann) 98.

Blasenschnitt bei Blasentumoren u. grofsen Steinen, hoher (Keyes) 284.
Blasentumor, Entfernung, Heilung (Stein) 342.
Blauschwarze Färbungen der Haut 52.
Blennorrhagie s. Blennorrhöe.
Blennorrhagische Conjunctivitis ohne direkte Einimpfung 289. — Periostitis und Arthropathie 289. — Eiter, über den Wert der sauren Reaktion des (Barduzzi) 1160.
Blennorrhöe 289. — der Sexualorgane und ihre Komplikationen (Finger) 534.
Bromwasserstoffsäure bei Merkurialulcerationen 440.
Borofuchsin zum Färben der Leprabacillen (Lubimow) 801.
Borsäure, Vergiftung durch (Spencer) 500.
Borsäurelanolin bei gewissen Hautkrankheiten der Kinder, über die Anwendung des (Sturgis) 705.
Brudergeschwür 87.
Brustwarze 767.
Bubo im Gefolge des weichen Schankers, Virulenz des (Menut) 428; — über chirurgische Behandlung des suppurierenden venerischen (Szadek) 487.
Bullöse Eruptionen, Beitrag zum Studium der (Heitz) 427.

Cachexie pachydermique 183.
Carcinom s. Karzinom.
Carobablätter E-H. II, 89.
Caruncula urethralis (Perry) 809.
Cascara amarga E-H. II, 89.
Centrum ano-vesicale, über das (Rosenthal) 1250.
Cephalalgie luetischen Ursprungs 807.
Chinarinde bei Syphilis E.-H. II, 84.
Ckinin, merkwürdige Folgen des (Jenkins) 705.
Chionyphe Carteri s. Madurafufs.
Chiosterpentinöl bei Krebs (Clay) 489; (Lewis) 489. 1251.
Chlorcalcium u. Kreuznacher Mutterlauge in der Therapie der Hautkrankheiten (Lier) 347.
Chlorcalciumseife 709.
Chloroform als Fäulnis widriges Korrigens (Mielck) 452.
Chloroformwasser zur Lösung von Medikamenten, die Anwendung des (Unna) 406.
Choleraerythem (Gunyrat u. Broca) 329.
Cholestearinfett in der Körnerschicht der Epidermis, mikrochemischer Nachweis von (Lewin) 905.
Chondrombildung, multiple (Frey) 138.
Chromsäurebehandlung der Syphilis E.-H. II, 92.
Chrysarobin, über therapeutische Ersatzmittel des (Liebermann) 454. 488.
Chrysarobin oder Chrysophansäure des Handels (Godart) 381.
Chrysarobinconjunctivitis 42.
Cladosporium 817.
Circinaria 680; — rugosa 684.
Coloration noire de la langue E.-H. I, 8.
Colpocephalum 717.
Conjunctivitis, Iritis u. Polyarthritis gonorrhoica (Rückert) 42; — blennorrhoica ohne direkte Einimpfung 289; — chrysophanica (Trousseau) 42; — syphilitica (Goldzieher) 386; (Guttmann) 439.
Copaiva u. Kubeben, ungewöhnliches Auftreten von Hauteruptionen nach (Ohmann-Dumesnil) 285.
Capaivaexanthem (Neumann) 442; 548.
Corona syphilitica seu seborrhoica 613.
Cowperitis u. Pericowperitis, Beitrag zum Studium der akuten 379.
Cowpersche Drüsen 193.
Cubeben u. Copaiva s. Copaiva.
Cysternen des Frenulums u. der angrenzenden Partien der Glans 84. 1123.
Cystitis 535. 1250.
Cystotomie nach vergeblichem Aspirationsversuch, Entfernung eines Katheterstückes aus der Blase durch (Keen) 497.

Dactylitis syphilitica 332.
Dandy-Fieber 87.
Deferentitis gonorrhoica ohne Epididymitis (Mibelli) 1111.
Delhibeule 87.

Delhigeschwür, das sogenannte (Fleming) 751.
Dengue 87.
Dermanyssus avium 716.
Dermatitis exfoliativa universalis, Fall von primärer (Girode) 1155; aus Psoriasis hervorgegangen (de Amicis) 33; 337.
— herpetiformis von Duhring, über die (Brocq) 625, 687, 841. — Varietäten der 161, 633. — Diagnose der (Duhring) 158. — Fall von (Szadek) 335; (Besnier) 609; (Elliot) 945; 1151. — welche einem Erythema multiforme ähnelte 283.
— polymorpha pruriginosa chronica 694. 844.
— repens 1204.
— septica localis 505.
— tuberosa als Folge von Jodkaliumintoxikation [Aknéanthracoidejodopotassique] (Taylor) 1218.
— venenata (Latta) 1102.
Dermatologen, die keiner Universität angehörenden 980.
Dermatologie an den deutschen u. österreich.-ungarischen Universitäten, Organisation des Unterrichts in der (Leloir) 972. 1227; — internationaler Kongreſs in Paris 1889 für (Unna) 1187.
Dermatologische Erfahrungen eines Jahres (Blank) 552. — Klinik zu Bologna; Historisches und Therapeutisches über die daselbst behandelten Affektionen; (Gamberini) 799. — Laboratorium, Studium in Dr. Unnas 1010. — Sektion der deutschen Naturforscherversammlung 980. 985. — Unterricht in Deutschland, Wirksamkeit des 1232. — Vereinigung zu Berlin 1245.
Dermatolysis 145.
Dermatophagus gallinarum 715.
Dermatoryktes mutans 714.
Dermatosen des Ohres und Herpes praeputialis, bakteriologische Untersuchungen über (Rohrer) 991; — durch gefärbte Stoffe verursacht 189; — über einige neuropatische (Campana) 485; — nach heftigen Gemütserschütterungen (Leloir) 107.
Dermoidcysten des Halses, Beitrag zur Kenntnis der in der regio thyreohyoidea liegenden medianen (Tauvel) 1197.
Diabetes, Fall von syphilitischem (Lemonnier) 1154.
— mellitus, bei welchem eine aus breiten Papeln und Knötchen bestehende Hautaffektion (?Lichen diabeticus) von ähnlicher Beschaffenheit wie die als Xanthoma diabeticorum beschriebene Form, aber ohne Pigmentierung auftrat (Barlow) 1172.
Diät bei der Behandlung der Hautkrankheiten, Einfluſs der (Fox) 701.
Diathese, zur Kasuistik der akuten hämorrhagischen (Fuchs) 183.
Dilatationsmethode 671.
Dilatatorium der Harnröhre (Oberländer) 669.
Diphtheritischer Schanker 187.
Divertikel des Präputiums, gruppierte 1125.
Docophorus 717.
Donda Ndugu 87.
Doppelkomedo, über (Ohmann-Dumesnil) 57; (v. Düring) 401.
Drüsenanschwellung syphilitischen Ursprungs 430.
Drüsenleiste 763.
Duhrings Ansichten über die Dermatitis herpetiformis 687.
Dysidrosis 1192; — atypische (Vidal) 1103.

Einstülpungen an der Glans und am inneren Blatte des Präputiums und die sogenannten Tyson schen Drüsen (v. Düring) 1120.
Eiter, experimentelle Untersuchungen zur Ätiologie des 85.
Ekzema des Anus u. der Genitalien (Lustgarten) 1258.
— der Genitalien bei Diabetikern (Fournier) 445.
— Hydrosadenie und Lichen ruber (Gamberini) 936.
— circinatum s. seborrhoicum.
— circumscriptum parasiticum 1204.
— erythematosum (Cuttler) 505.
— folliculorum 681.
— flavum 681.
— infantum, Behandlung des (Boeck) 551.

Ekzema marginatum (Elliot) 945.
— palpebrarum (Lailler) 811; 1156.
— psoriatiforme 682.
— rugosum 684.
— seborrhoicum 677. 1110; (s. circinatum) thoracis (Boeck) 551; — Pilze bei 465; Kombination mit Syphilis (Unna) 613, 991, 1067.
— solare, über einen Fall von (Veiel) 244.
— vulvae bei kleinen Mädchen, chronisches (Fournier) 326.
— der Unterschenkel 651.
— mit Septikämie kompliziert, Fall von (Elsenberg) 649. 866.
— Ätiologie 1107.
— Behandlung 192. 993. 1104. (Bulkley) 1107; (Crocker) 493; — neuere (Veiel) 181; — Prinzipien der topischen (Jarisch) 549; — neue bei hartnäckig wiederkehrendem (Crocker) 51. — Ol. Deelinae in der (Roberts) 52.
Elastisches Organ 839.
Eleidin und Keratohyalin (Buzzi) 761.
Eleidinfrage 614. 893. 996. 1116.
Elektrischer Sonnenstich (Defontaine) 327.
Elektrizität bei Tripperrheumatismus (Fotiadis) 650.
Elektroendoskop 1050; 1164. — Leistungsfähigkeit des 655.
Elektrolyse zur Entfernung von Haaren 8. 191; von Naevis 191. — bei Elephantiasis 137; bei Quecksilberbestimmung 557; Prostatahypertrophie u. Prostatatumoren (Casper) 695; Syphilis (Manassei) 939; — Erfolge der (Hardaway) 806; — Pigmentierungen nach 1057; — neuere Fortschritte in der (Merz) 1211.
Elektrotherapie der Spermatorrhöe (Wagner) 92.
Elephantiasis, über 136; (Grässner) 40; der Beine (Brouson) 343; der männlichen Genitalien (Landau) 590; des Scrotums, Beitrag zum Studium der (de Taroni) 924; — operative Behandlung der (Helferich) 231; — Lagerungsverhältnisse als Ursache von (Mapother) 447; — durch Syphilis (Mraček) 1249.
Elephantiasis Arabum (Morison) 447; Beitrag zum Studium der (Peltier) 428.
Elephantoide kongenitale Leiden (Mackenzie) 490.
Elisabethquelle zu Kreuznach, Analyse der 350.
Embolien der Haut bei akuter infektiöser Endocarditis (Parker) 492.
Endoskop 345.
Endoskopie der Urethra 450.
Englischer Schweifs s. Schweifs.
Entwickelung und einige Veränderungen der menschlichen Haare, normale (Giovannini) 244.
Epidermidophyton, normales 32; — Lang 34. 821; (Wolff) 995, 1116.
Epidermis, Bau der menschlichen (Zander) 902.
Epidermoptes bifurcatus 716.
Epididymitis, frühzeitig auftretende syphilitische (Hyde) 287; — und Orchitis nach Anstrengungen der Bauchpresse (Englisch) 547; — Behandlung mit dem Paquelin (Brewer) 1256.
Epileptiker, Ringelhaare bei einem (Breda) 81.
Epitheliale Einstülpungen s. Einstülpungen.
Epithelialkarzinom, geheilter Fall eines markstückgrofsen (Reichert) 1005.
Epitheliom der Haut, Resorcin bei 81; — des Penis (Willard) 805, (van der Veer) 1259; — der Vögel 712; — der Schweifsdrüsen, adenoides (Jacquet und Darier) 106; — aus unvernarbtem Lupus vulgaris, Entwickelung des (Raymond) 103; — Behandlung mit schwachen Ätzmitteln (Lewis) 342; — Keratosis senilis und deren Beziehung zum (Rohé) 452.
Epulis, Beitrag zum Studium der (Philippeau) 380.
Erektionen bei Gonorrhöe, Antipyrin gegen 344.
Erethismus besonders der Lokomotivführer, Bemerkungen über den vesiko-urethralen (White) 1100.
Ernährungsstörung der Haut bei Tabetikern, über eine besondere (Capderelle) 379.
Eruptionen, bullöse 427.

Erysipel, über (Polotebnoff) 214. 249; (Nufsbaum) 236; (Kaposi) 544. — Anormale Formen des 257. — Bemerkungen über 70 Fälle von (Szadek) 334. — Einfluſs auf Lupus (Winternitz) 183. — Heilwert bei verschiedenen Krankheitsformen (Schwimmer) 595. — des Gesichts (Laurent) 699. — Augenerkrankungen bei (Colle) 925. — des Neugeborenen, Beitrag zum Studium des (Mavrikos) 1041. — und Jodoform (Frey) 548. — Mikroorganismen bei (Pawlowsky) 541; (Doyen) 642. — zur Behandlung des (Bilieff) 1260; (Fraipont) 546; (Hausmann) 544; (Weizel) 930.
Erysipelkokken in der Luft chirurgischer Krankenzimmer, Nachweis der (v. Eiselsberg) 146.
Erysipeloid 340.
Erythema der Cholera 329.
— multiforme 162; (Haushalter) 180; (Fox) 396. 946; (Vidal) 1103. — Bakterien bei 180. — und pseudorheumatische Knotenbildung bei Syphilitikern (Testu) 1039.
— nodosum (du Mesnil) 1249. — der Wange, Trachea, des Larynx und Hodens (Breda) 289.
— scarlatiniforme, Fall von allgem. recidivierendem (Rotillon und Gougelet) 103.
— toxicum (Hoffmann) 641.
— vesicans 162.
— vesiculosum universale nach Terpentinöleinreibungen 328.
Erythembehandlung 192.
Erythematöse Entzündung der Hände durch Frostbeulen (Besnier) 191.
Erythrodermia chronica scarlatiniformis 566.
Erythromelalgie 450.
Erythrophläin, Übersichtsreferat über (v. Düring) 362.
Exanthem, neues pustulöses 605.
Exantheme, Verhalten der Schleimhäute bei akuten (Monti) 277.
Exfoliatio areata linguae (Hartzell) 142.
Extragenitale Syphilisinfektion s. Syphilis.
Fadenpilze mit Abschnürung von Sporenketten auf unverzweigten oder verzweigten atypischen Fruchtträgern 817.
Färbungsmethode der Rhinoskleromcbacillen (Melle) 81.
Farbstoffbildung durch Wasserstoffsuperoxyd (Wurster) 108.
Favus 136; — der Haut u. Schleimhaut (Hennoque) 379; — der Hühner 713. — Verbreitung in Norwegen (Hjorth) 650. — Parasitäre Haarerkrankungen, speziell (Hjorth) 45. — bei einem kleinen Kinde 1102. — Heilung durch Kupferoleat (Mibelli) 161.
Feuermäler 706.
Fibroma molluscum, Beitrag zur Lehre vom (Phillippson) 232. — und Neurofibrome bei Rankenneurom 538.
Fibromatöse Infiltration u. ihre Beziehung zum Keloid (Taylor) 190.
Fibroxanthom 868.
Fieber, Beziehung der Syphilis zu den eruptiven (Annel) 1098. — erregende und Fieber hemmende Mittel, über konträre Wirkung (Aronsohn) 324.
Fisteln u. chron. Entzündung der glandula vulvo-vaginalis (Fauvel) 377.
Fistula stercoracea einen Abscefs der Bartholinischen Drüse vortäuschend (Chiappa) 289.
Flora dermatologica (Gründler, Taenzer, Unna) 817; (Tommasoli) 1109.
Follikelvereiterung 54.
Folliculitis artificialis 831.
Fourniers Vorlesung 610.
Fowlersche Lösung mit Chloroformwasser 407.
Framboësie 87. 442.
Franzosen, die 150.
Frost 47.
Frostbeulen, Behandlung der erythematösen Entzündung der Hände durch (Besnier) 191.
Fungi, Färbung der auf der Haut schmarotzenden (Boeck) 551.
Furunkel, besonders im äufseren Ohre, über Natur und Behandlung der (Löwenberg) 792.
Furunkelbehandlung 812. 1105. 1253. 1255.

Furunkulose, die postekzematöse (Unna) 147.
Furunkulus delhinus s. Delhibeule.
Fufsgeschwüre u. deren Behandlung (Romisch) 41. — spezifische 993. — atonische 696.
Fufsschwamm, indischer 87.
Fufsschweifs, übermäfsiger (Legoux) 1106.
Fufssohle, vasomotorische u. sensible Neurose der (Marcacci) 450.

Galvanopunktur der Prostata (Biedert) 696.
Gamasiden 716.
Gangrän, durch subkutane Kokaininjektion (Nicholls) 808; — der Finger infolge von Arteriitis syphilitica (Oruellas) 598.
— spontane, bei einem Diabetiker (Vaquez) 144.
— symmetrische s. Raynaudsche Krankheit.
Gebärmutterspiegel mit Kühlapparat behufs Anwendung des Thermokauters (Scarenzio) 31.
Gefäfsektasien am unteren Rippenrande in ihrer Bedeutung für Diagnose und Therapie gewisser Leiden, vorläufige Mitteilung über bisher unberücksichtigte (Schweninger) 39.
Gefäfskranz am unteren Rippenrande, über einen (Schmidt) 39.
Geflügelpocken 712.
Geflügelräude 713.
Gelatinebougies bei Strikturen 193.
Gelenkrheumatismus, zur Pathogenese (Falcone) 334.
Gemeinschädlichkeit der uneingeschriebenen Mädchen (Leloir) 1155.
Genitalekzem s. Ekzem.
Genitalien, äufsere 767.
Gesamthypertrophie eines Ohres, kurze Bemerkung über experimentelle Erzeugung von (Schweninger) 38.
Geschlechtsfunktion beim Manne, Innervation der (Bernhardt) 927.
Geschlechtskrankheiten, Lehrbuch der (Lesser) 134.
Geschwür am hinteren Theil des linken Oberschenkels (Sherwell) 946; — Zur Pathogenese der varikösen (Gérard) 431.
Gesichtsrose, zur Pathogenese der (Ziem) 588; — Augenerkrankungen bei (Colle) 925.
Glandula vulvovaginalis, über die chronische Entzündung und Fisteln der (Fauvel) 378.
— iliacae externae bei Inguinalbubonen, über krankhafte Veränderungen der (Odmansson) 184.
Glanduläre Infiltrationen 662.
Glasbläser, Syphilis der (Desmet) 386.
Glashaut des menschlichen Haarbalges (Stöhr) 1134.
Glossitis gummosa syphilitica 1160.
Glossophytie E.-H. I, 6. 18.
Glossostomatitis mercurialis (Audry) 642.
Glossy-skin 99; (Dunn) 1260.
Goniocotes 717.
Goniodes 717.
Gonococcus [Neisser] (Stekhoven) 1044; — und seine Beziehungen zu einigen parablennorrhoischen Erscheinungen (Audry) 143; — und Rouxs Methode zur Feststellung seiner Identität; Beobachtungen aus der Praxis über (Allen) 189; — Verhalten zu Thallinsalzen (Kreis) 245.
Gonorrhöe bei einem 16 Monate alten Kinde (Eröss) 386. — Folgen der (Hayem u. Parmentier) 1253. — Genese der chronischen 657. — Infektiosität der (Denti) 330. — Antipyrin gegen Erektionen bei 344.
— Pathologie u. Therapie der chronischen (Oberländer) 653. — Neue Methoden der Diagnose und Behandlung der (Tommasoli) 36; — Behandlung mit Salbeninjektionen (Tommasoli) 30; mit Spülkathetern 93; mit Thallinpräparaten 245. 321. 1215; mit Antipyrin 196. 1259; mit Jodoform 333; mit Sandelöl 546; mit Kreosot 1106. — Behandlung der chronischen (Smith) 52; (Ledetsch) 641; — einige Punkte in der Behandlung der 700; einige freimütige Bemerkungen in der Behandlung der chronischen (Neuhaus) 1050. —

— über Dilatation von Urethralstrikturen von grofser Ausdehnung in der Behandlung der (Otis) 188.
Gonorrhoische Arthritis, über die Natur der (Tommasoli) 289.
— Conjunctivitis, Iritis und Polyarthritis (Rückert) 42.
— Entzündung auf die Nebendrüsen der Glandulae Cowperi, Wirkung der (Huguet) 1153.
— Mischinfektion beim Weibe (Bumm) 94.
— Schleimhautaffektion beim Weibe (Fabry) 1209.
Graues Öl in der Syphilitistherapie, über die Verwendung des (Lang) 794. 1208; (Harttung) 865.
Gregarinen auf der Haut der Vögel, nackte 712.
Grind der Feldflieger 712.
Grübchen am Frenulum des Präputiums, seitliche (Valenti) 84; (v. Düring) 1223.
Grützbeutel s. Atherom.
Guajak bei Syphilis E.-H. II, 84.
Gummata der Conjunctiva palpebrarum, über die (Trousseau) 1154.
Gutta rosacea 1256.

Haar, das (Unna) 1082. 1134. — Über die normale Entwickelung u. über einige Veränderungen des menschlichen (Giovannini) 244. 1088. — Entfernung durch Elektrolyse 8. 191.
Haarausfall bei einer Hysterischen, über einen merkwürdigen (Neisser) 439; 873.
Haarbalg, Beiträge zur Histologie des Haares und des (Mertsching) 1135; — Glashaut des menschlichen (Stöhr) 1134.
Haarerkrankungen, speziell Favus; parasitäre (Hjorth) 45.
Haarförmige Bildungen an der Zunge (Roth) 544.
Haarwechsel 1082; (Stieda) 1091.
Haarzunge, über die schwarze (Brosin) E.-H. I; (Bernhard) 399; (Schech) 434.
Hämatoidin, Entstehung des 245.
Hämorrhagische Diathese s. Diathese.
Hämorrhoidaljucken und Jucken des Afters 1047.
Hämosiderin 245.
Harn, Mikroorganismen des normalen, mit Bemerkungen über Mikroorganismen im Harne bei Morbus Brightii (Lustgarten und Mannaberg) 241.
Harnblase, über einige Krankheitsformen der (Fiorani) 937. — Manuelle Entleerung der (Heddaeus) 1207. — Zur perinealen Drainage der männlichen (Krysiewicz) 322.
Harncylinder u. Cylindroide, über die Entstehung der homogenen (Török u. Pollack) 1004.
Harnfieber, zur Kenntnis des (Obalinski) 278.
Harnröhre s. Urethra.
Harnröhrenstäbchen s. Urethralbacillen.
Harnröhrenstriktur s. Urethralstriktur.
Harnsäure, zum Nachweis der von der Haut ausgeschiedenen (Tichborne) 491.
Harpirrhynchus nidulans 715.
Haut, abnorme Auswüchse der 1256; — blauschwarze Färbungen der 52; — Fall von zu kurzer (diffuse Sklerodermie) mit tödlichem Verlauf (Krevet) 376. — der Tiere, Einfluss des Lichtes (Wedding) 53.
Hautaffektionen von unbekannter Natur, Fall von linearer Verteilung einer (Duhring) 189.
Hautanatomie in den letzten 5 Jahren, Fortschritte der (Unna) 718. 833. 890. 960. 1082. 1134.
Hautatrophie am pudendum muliebre 951.
Hautbohrer (Keyes) 189.
Hautembolien bei akuter, infektiöser Endocarditis (Parker) 492.
Hautentzündungen mit gleichzeitig auftretenden Lähmungserscheinungen auf infektiöser (diphtheritischer) Basis, Demonstration eines Kranken mit symmetrisch lokalisierten oberflächlichen (Ebstein) 791.
Hautepitheliome, Resorcin bei (Mannino) 81.
Hauterkrankungen, Photographische Aufnahme von (Fox) 1253. —

Praktische Abhandlung über (Hyde) 1253. — Subkutane Injektionen von Jodoform mit Eukalyptol bei (Maison) 1256. — Untersuchungen über einige entzündliche und emplastische (Giovannini) 102.
Hauteruption, über einen Fall von postvaccinaler (Behrend) 697. — u. Eiterung, über den Zusammenhang zwischen (Laumet) 1146.
Hautfurchen u. Hautpapillen (Lewinsky) 718.
Hautgeschwülste (Atherome) durch subkutan verlagerte, mit dem Mutterboden in Verbindung gelassene Hautstücke, Beitrag zur experimentellen Erzeugung von (Schweninger) 40.
Hautgummata bei Erbsyphilis (Toutut) 1097.
Hauthorn (Brinton) 287.
Hauthyperämie mit Induration, zwei bemerkenswerte Fälle symmetrischer, purpurfarbiger fleckiger (Hutchinson) 1165.
Hautjucken, Kreolin gegen 92.
Hautkrankheiten, Atlas der (Araujo) 135; (Neumann) 37. — Mechanisch-chirurgische Behandlung der (Morrow) 944. — Beitrag zum Studium der durch Vaccination hervorgerufenen (Barduzzi) 1160. — der Kinder, über die Anwendung des Borsäurelanolins bei gewissen (Sturgis) 705. — Einfluss der Diät bei der Behandlnn der (Fox) 701. — Einteilungsprinzip der (Bronson) 335. — Über einige seltene Formen von (Schwimmer) 442. — bei den Indianern (Treon) 867. — Lehrbücher der (Anderson) 86; — (Crocker) 1203; (Jamieson) 786; (Lesser) 134. — Quecksilbersalicylat bei (Chaves) 795. Salol in der lokalen Behandlung der (Barduzzi) 390; — Salol u. Jodoform in der lokalen Therapie der venerischen u. 31. — Zur heutigen Therapie der (Manassei) 862. — Ein Unikum (Werth) 994. — venerische s. Venerische. — — bei Vögeln (Müller) 711.
Hautkultur, zur Pflege der (Ulmer) 183.
Hautleiden, nervösen Ursprungs (Leloir) 107.
Hautneurose, besondere periphere (Gamberini) 797.
Hautpilze, Färbung der (Boeck) 551.
Hautphotographie, erleichterte (Piffard) 393.
Hautsarkom, Zusammenhang zwischen Mykosis fungoides u. primären (Ciarrocchi) 33.
Hautsarkomatose (Campana) 30, 485. — multiple (Philipp) 38.
Hautsyphilis, über eine noch nicht beschriebene Form von (Salsotto) 448.
Hauttemperatur des Menschen (Kunkel) 1003.
Hautteratome, multiple, präaurikuläre, capillaere (Majocchi) 33.
Hauttransplantation von der Leiche (Bartens) 928.
Hauttuberkulose 1145; (Bowen) 1213. — Beitrag zur Kenntnis der (Ritzo) 1198. — durch Inokulation u. Autoinfektion (Steinthal) 437. — und Skrofulose, über die subkutane Jodoformbehandlung der nicht ulcerativen (Morel-Lavallée) 596. — Zwei Fälle von verruköser (Morel-Lavallée) 596; (Elliot) 1108. — Veränderungen durch Gebrauch von Kopaivabalsam, anatomische (Neumann) 548.
Hautvergiftung durch Petroleum, über allgemeine (Lewin) 789.
Hautwarzen, gegen (Fraenkel) 1208.
Hautwunden, schlechtheilende (Nussbaum) 874.
Hemianopsie infolge von syphilitischer Arteriitis cerebralis, einseitig temporaler (Trestel und Baumgarten) 538.
Hemiplegie, syphilitische (Riff) 637.
Heifswasserklystiere (Hoefler) 750.
Heiteres von Prof. Jaeger 455.
Hereditäre Syphilis s. Syphilis hereditaria.
Hermophrodismus (Schmorl) 1206.
Herpes (Hutchinson) 47; (Schweninger) 38.
— areolaris mammae 749.
— circinatus bullosus 842. 843.
— exfoliativus malignus nach Psoriasis (Raymond) 102.

Herpes gestationis 694.
— iris 841.
— labialis bei Abdominaltyphus (Falcone) 333.
— lingualis, wiederkehrender (Fournier) 1105.
— ocularis (Dubruty) 1096.
— pemphigoides 844. — phlyctaenodes 842.
— praeputialis, bakteriolog. Untersuchungen über (Rohrer) 991.
— tonsurans (Campana) 988.
— — der Kopfschwarte, Pathologie u. Therapie der (Thin) 432.
— — capitis (Charon u. Gevaert) 811.
— — und animale Lymphe (Hager) 436.
— — eine neue Behandlung des (Gevaert) 387; mit Salicylsäure (Penu) 1252.
— — maculosus et squamosus (Peroni) 83; (Elliot) 341; (Haslund) 871.
— Zoster bei Antipyrinexanthem (Mazotti) 1110. — Zoster (Schweninger) 38; (Robinson) 284; — femoralis, recidivierender (v. Düring) 509. — doppelseitiger (Elliot) 287.
Herpesartige Hautentzündung 145.
Herpetisches Fieber mit Erscheinungen abseiten der Haut u. Augen (Feulard) 598.
Hirsefruchtöl (Kafsner) 873.
Hirsuties, Studien über (Rohé) 6.
Hoden, Entzündung des s. Orchitis.
Hornbildungen der Haut (Fulton) 753.
Hornfarbe E.-H. I, 53.
Horngebilde der Säugethierhaut, Untersuchungen über die (Reinke) 1082.
Hornschicht u. Verhornung 960.
Hühneraugen (Morris) 809. — unter der Fufssohle 652; Salicylkollodium bei 324.
Hühnerflechte, kahlmachende 713.
Hundemensch, russischer, Fedor Jeftichjew 10.
Hungerkur bei Syphilis E.-H. II, 95.
Hutchinson-Zahn, über einen falschen (Lavallée) 106.
Hyaline Körperchen bei Rhinosklerom 1110.
Hydatiden-Urticaria, zur Pathogenese der (Debove) 325.
Hydradenomes éruptifs (Jaquet u. Darier) 106.
Hydrargyrum s. Quecksilber.
Hydroa 625. 687. 841. 845.
— bullosa 848. — bulleux de Bazin à recidive (Petrini) 598.
— herpetiformis 848.
— pruriginosa 848.
— simplex 848.
— vacciniformis 848.
— vesiculosa 848.
Hydrocele 502.
Hydrosadenie, Lichen ruber und Ekzem (Gamberini) 936.
Hydrotherapie bei Syphilis E.-H. II, 104.
Hymen, über eine seltene Form des (Mibelli) 1161.
Hyperhidrosis (Cutler) 393; pedum 404; cutis (Bardet) 1259; des Handrückens und des unteren Endes des linken Vorderarmes (Novello) 1113.
— oleosa capitis 148. — circumscripta (Parafianowitsch) 495.
— der Fettleibigen, Bemerkungen über (Buzzi) 40.
Hypertrichosis 7; — in der Lumbargegend, umschriebene (Ohmann-Dumesnil) 503; — infolge von Allgemeinerkrankung des Nervensystems (Ohmann-Dumesnil) 1211.
Hypertrophie épithéliale piliforme E.-H. I, 14.
Hyphomyceten auf der Oberhaut 34.
Hypodectes columbarum 716.

Ichthyol 193; — innerer Gebrauch des (Nussbaum) 232; (Lorenz) 793; (Bittersdorf) 793; — in der Chirurgie (Martin) 703; — zur Wirkung des (Meyer) 793; — u. Resorcin (Jackson) 284; Kritik der Besprechung einer klinischen Untersuchung über (Dunlap) 286.
Ichthyosis, zur Ätiologie der (Heulz) 796.
— hystrix 359. E.-H. I, 52.
— pilaris 826.
— simplex 946, E.-H. I, 52.
— universalis congenita (Schwimmer) 443; (Hebra) 443.
Jeftichjew, Adrian 9.

Ikterus bei sekundärer Syphilis (Schroeder) 1043.
Illustrationen zur klinischen Chirurgie 752.
Immunität gegen Syphilis E.-H. II, 19.
Impetigo contagiosa (Jackson) 501; 993.
— herpetiformis 629. 688. 854. 856. 1192.
— sycosiformis des Daumens u. der facies dorsalis der rechten Hand (Poncet) 143.
Impftuberkulose, Fall von (v. Düring) 1128.
Implantation von Watte auf Geschwüre (Perl) 139.
Impotentia generandi, zur Kenntnis der (Fürbringer) 787.
Induration, Ist die schon Ausdruck allgemeiner Syphilisinfektion? E.H. II, 29.
Inguinalbubonen, über krankhafte Veränderungen der glandulae iliacae externae bei (Odmansson) 184. — Methode zur Behandlung der (Suchow) 803.
Injektionen von Quecksilbersalzen, subkutane s. Syphilisbehandlung.
Injektionskur E.-H. II, 53.
Initialsklerose, die Exzision der als Prophylaktikum gegen die allgemeine Syphilisinfektion, (Salsotto) 1111.
Internationaler Kongrefs für Dermatologie u. Syphilis 1889 in Paris 604. 1187.
Intubation bei syphilitischer Stenose des Larynx (O'Dwyer) 808.
Inunktionskur E.-H. II, 48.
Iritis, Conjunctivitis u. Polyarthritis gonorrhoica (Rückert) 42.
— syphilitica als ein spätes Symptom u. nicht als ein Rückfall der Syphilis betrachtet (Scarenzio) 331.

Jodammoniumexanthem 1099.
Jodausscheidung durch die Nieren (Geisler) 804.
Jodbehandlung der Syphilis E.-H. II, 71.
Jodeisen bei Syphilis E.-H. II, 79.
Joderuptionen, pustulöse (de Amicis) 34.
Jodismus, akuter (Heller) 138.
Jodkalium? Zersetzt der tierische Organismus das (Gaglio) 800.
Jodoform, über (Neufs) 1261; — antiseptischer Wert des (Sattler) 640. — Desodorisation des (Charteris) 751; (Cantrelle) 813. — bei der Behandlung der akuten Gonorrhöe ohne Komplikationen, nochmals von dem (Falcone) 333. — mit Eukalyptol bei Hautkrankheiten, subkutane Anwendung des (Maison) 1256. — u. Erysipel (Frey) — 548. Kadaverin u. Eiterung (Behring) 932. — u. Salol in der lokalen Therapie der Hautkrankheiten 31. — bei Verbrennungen 236.
— bituminatum (Ehrmann) 868.
Jodoformäthereinspritzungen bei kalten Abscessen (Holstein) 1038.
Jodoformkollodium 52.
Jodoformdermatitis, zur Therapie der akuten (Krevet) 435.
Jodoformexanthem (Jennings) 1103.
Jodol, antiseptischer Wert des (Sattler) 640; E.-H. II, 81.
Jodpemphigus, über eine vegetierende u. athrophische Form von (Hallopeau) 1151.
Jodtinktur 873.
Jodtumoren 1224.
Juckblattern und ihre Beziehungen zum Nervensystem, die (Campana) 486.

Kadaverin, Jodoform und Eiterung (Behring) 932.
Kalkbeine 714.
Kalomeleinspritzungen s. Syphilisbehandlung.
Kankroide, Behandlung mit Kalium chloratum, (Hyvernaud) 1199.
Kantharide, Jugendzustände der (Beauregard) 757.
Karbolspray zur Behandlung der Furunkel u. Karbunkel (Verneuil) 812.
Karbunkel, Auskratzung der (Weir) 1008. 1105.
Karbunkelbehandlung 812. 937. 1105. 1253.
Karcinom nach internem Arsenikgebrauch 48.

Karcinomatöse Haut, Transplantation von (Hahn) 589.
Karcinomatöse Infiltration der Haut, diffuse (Fox) 945.
Kataphorese, therapeutische Anwendung der elektrischen (Boccolari u. Manzieri) 1113.
Keere nugra s. Madurafufs.
Keimgehalt von Seifen u. Verbandmaterialien (Eiselsberg) 42.
Keimschicht 893.
Keloid, fibromatöse Infiltration u. ihre Beziehungen zum (Taylor) 190.
— Narben- (Sherwell) 191.
— zur Pathogenese u. Therapie des (Barduzzi) 391.
Kephalohämatom, Beitrag zum Studium des (Hamon) 1040.
Keratitis interstitialis, über den hereditär syphilitischen Ursprung der (Trousseau) 143.
Keratohyalin bei Leukoplakie E.-H. I, 46.
— u. Eleidin (Buzzi) 761; (Unna) 893. 996. 1116. 1136.
Keratosis follicularis mit hochgradiger Tylosis der Fufssohlen u. Hohlhände (Neely) 943.
— senilis und deren Beziehung zum Epitheliom (Rohé) 452.
Kernteilungsbilder 890.
Klettenwurzel E.-H. II, 84.
Knochenerkrankung, Pagets (Richard) 1095.
Knochengewebe in Wundgranulationen, Neubildung von (Majocchi) 940.
Knochenhypertrophie, symmetrische, bei hereditärer Syphilis 5.
Knochensyphilid, serpiginöses (Taylor) 284.
Knochensyphilis E.-H. II, 76.
Kokain (Lobarde) 648. — bei Haut- u. Syphiliskranken, über die Anwendung des (Pajor) 545.
Kokaininjektion, Tod nach intraurethraler (Simes) 1008.
Kokainintoxikation (Sattlerwhite) 1212.
Kolpitis kleiner Mädchen, über die infektiöse (v. Dusch) 1208.
Komedo duplex 57.
— multiplex 60.
Komedonenbildung 54.
Kommunehospital, Haslunds Jahresbericht der dermato-syphilidologischen Abteilung des 45.
Kondylom, Beitrag zur Histologie des breiten (Pinner) 323. — Plumbum causticum zur Behandlung spitzer (Bockhart) 173.
Kongrefs russischer Ärzte 54.
— (VII) für innere Medizin 196.
— italienischer Ärzte zu Pavia 28. 80.
Kopf, Veränderungen der Tegumente des 85.
Kopfhaut, primäres Sarkom der (Conners) 1254. — Ulceration an der behaarten (Lewis) 396; 506.
Kopfinsulte und Syphilis (Watraszewski) 238.
Korneome 85.
Krätze, Behandlung der (Besnier) 328. — der Vögel (714).
Krampfhafter Verschlufs des hinteren Urethralabschnittes (Keyes) 186.
Krao 10.
Kraurosis vulvae, über (Janowsky) 951.
Krebs mit Chiosterpentinöl, Behandlung des (Clay) 489; (Lewis) 1251. — und karzinomatöse Erkrankung (Paget) 447.
Krebsbehandlung, Beitrag zur (Schmidt) 638.
Krebskrankheit der Vögel 712.
Krebsvirus? Gibt es ein (Sturgis) 189.
Kreolin (Fischer) 292; (Gawalowsky) 947. — gegen Hautjucken 92.
Kreuznacher Mutterlauge u. Chlorcalcium in der Behandlung der Hautkrankheiten (Lier) 347.
Kutane Erscheinungen bei der Urämie (Persy) 1200.

Lagerungsverhältnisse als Ursache von Elephantiasis (Mapother) 447.
Laminoscoptes gallinarum 715.
Langs Epidermidophyton s. Epidermidophyton.
Langue noire E.-H. I, 6.
Lanolin, Verhalten der Mikroorganismen gegen (Gottstein) 91.
Lehrbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten (Anderson) 86; (Crocker) 1203; (Jamieson) 786; (Lesser) 134.

Leichentuberkel 1158.
Leichenwarze, über die sogenannte u. ihre Stellung zum Lupus u. zur Tuberkulose (Finger) 321.
Lepra (Kaurin) 103; (Leloir) 191; (Kollock) 805; 808; (Hansen) 1116; (Besnier) 370; 606.
— in den Ostseeprovinzen (Chomse, Paulson) 368. — zu Parcent (Alicante) 1153. — in Rufsland (Petersen) 991; 1011. 1253.
— tuberculosa (Marcacci) 449.
— non tuberculosa (Rake) 489.
— der Lungen (Bonome) 85; 537.
— der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs 1008.
— Ist L. ansteckend? (Haslund) 139. — Diskussion über die Kontagiosität. (Tavernier) 997. 1157. — Verimpfung auf Tiere (Leloir) 180. — Zur Pathologie der (Sudakewitsch) 801. — Histologische Untersuchnng der Placenta einer an Lepra erkrankten Frau (Ferrari) 289. 935. — Über Heilung der (Dreckmann) 992. 1180.
Lepraabteilung und Krankenhaus zu Reknaes (Kaurin) 1154.
Leprabacillus (Bordoni-Uffreduzzi) 85; — Leprabacillen, Borofuchsin zum Färben der (Lubimow) 801. 1146.
Leprakranke, Isolierung der (Armstrong) 52.
Leprakrankenhaus zu Scutari, Ein Besuch im (Doyon) 1153.
Leprazellen 145.
Leptothrix buccalis E.-H. I, 41.
Leucoderma syphiliticum, Beitrag zur Kenntnis des (Finger) 546.
Leukomaine 35.
Leukopathia unguium (Morison) 382.
Leukoplakia oris, Behandlung der (Unna) 706. — der vagina 954. — und sonstige Epitheltrübungen der Mundschleimhaut, über die Wirkung des Perubalsams auf die idiopathischen (Rosenberg) 1207.
Leukostufen der Anthrachinon-Farbstoffe (Liebermann) 454.
Lichen 1205.
— cachectique 565.
— diabeticus 1172.
— pilaris 826.
Lichen ruber universalis, Fall von (de Amicis) 81; (Fortunet) 100.
— planus mit vesiko-bullösen Eruptionen 830.
— ruber, Anatomie des 906. — Behandlung (Herxheimer) 1045.
— Hydrosadenie u. Ekzem (Gamberini) 936.
— planus (Morison) 447; (Caspari) 485; (Cutler) 504. — insbesondere seine atrophische Form (Hallopeau) 389. — Zur Lehre vom (Róna) 415. 513. 574. 616. 825 906. — Geschichte und Symptomatologie 419.
— planus hypertrophicus 560. 993. — atrophicus 561. — moniliformis 619. — obtusus 561. 581. 618. — corneus 562.
— ruber acuminatus 517. 559. 563. 617. 831. 1192.
— scrophulosorum 564. 622.
— syphiliticus 622.
Licht, das polarisierte, als Erkennungsmittel für die Erregungszustände der Nerven der Kopfhaut, (Pohl-Pincus) 1144.
Lichteinflufs auf die Haut der Tiere (Wedding) 53.
Lignum sanctum E.-H. II, 84.
Lingua nigra E.-H. I, 6.
Lipeurus 717.
Lipome, Sind dieselben arthritischen Ursprungs? über die arthritische Anlage (Khröv) 380.
Lithotrypsie mit Hilfe des Kokains (Philip) 1104.
Littrésche Tuberkeln 1122.
Lokalaffekte der Syphilis E.-H. II, 106.
Lokomotivführer, vesiko-urethraler Erethismus der (White) 1100.
Loupe s. Atherom.
Lucilia nobilis auf der menschlichen Haut schmarotzend (Meinert) 636.
Lues s. Syphilis, luetisch s. syphilitisch.
Luffaschwamm 396.
Lungenlepra (Bonome) 85. 537.
Lungensyphilis (Devic) 643; (Beissel) 986.
Lungentuberkulose, über die möglichen Beziehungen der Pityriasis versicolor zur (Barduzzi) 391.
Lupoide Hautaffektion bei Syphilis 1247.

Lupocarcinom 385. 749.
Lupus acneiformis oder lupusartige Akne (Fox) 1101. — miliaris od. sogenannter Aknelupus, Fall von (v. Düring) 1131.
— erythematosus (Risso) 448; (Bronson) 506; (Hutchinson) 746. — Histologische Beobachtungen vor und nach der Anwendung des Ungt. neapolit. bei (Nizzo) 83. — der Hände und Füfse, über die klinische Diagnose des (Klotz) 395. 503. — Beitrag zur Therapie des (Heller) 638; (Lassar) 990.
— follicularis disseminatus 747. 1132.
— lymphaticus 748.
— seborrhoicus 746.
— sebaceus 749.
— syphiliticus 1247.
— vulgaris (Hutchinson) 744. — universalis 443. — Ätiologie (Brand) 277; (Hoffmann) 872; (Leloir) 1158. — Einfluſs des Erysipels auf (Winternitz) 183. — Eine pathologisch-anatomische und klinische Untersuchung seiner Ätiologie, Entwickelung u. Behandlung (Harries u. Campbell) 432.
— vulgaris des Gesichts, Beitrag zum therapeutischen Studium des (Christesen) 1199. — der Nase (Rafin) 701; (Elliot) 945. — oder Naevus pigmentosus (Sherwell) 946. — oder Syphilis hereditaria tarda? 700. — zur Therapie des (Schütz) 1248. — Behandlung (Unna) 195; (Morrow) 286; (Piffard) 808; (Lassar) 989. — parenchymatöse Sublimatinjektion gegen (Tansini) 392. — der Nasenschleimhaut, Milchsäure gegen (Fano) 549. — des Pharynx 814.
— Eiterige Form von tuberkulösem (Hallopeau u. Wickham) 1157.
Lupusentwickelung an tuberkulösen Fisteln (Jeanselme) 1158.
Lymphangiom der Haut mit verkalktem Inhalt (Lewinski) 932.
Lymphe u. Herpes tonsurans, animale (Hager) 436.

Macula atrophica cutanea nach interstitieller Resorption eines sekundären generalisierten Syphilids (Nivet) 180.
Macula syphilitica des Kehlkopfs 297.
Madurafuſs 87. 921.
Mädchen, Ein Beitrag zur Gemeinschädlichkeit der uneingeschriebenen (Leloir) 1155.
Mallophagen 717.
Malum perforans pedis 1259.
Maphoon 9.
Masern s. Morbillen.
Mastdarm, Innervation des (Bernhardt) 927.
Mastdarmfisteln 193.
Melanosarkom (Zemann) 549.
Menopon 717.
Merkurialexanthem, Fall von allgemeinem (du Mesnil) 863.
Merkurialismus, über chronischen (Landgraf) 324.
Merkurialulcerationen, Bromwasserstoffsäure bei 440.
Merkurielle Glossostomatitis (Audry) 642.
— Stomatitis (Renzi) 811.
— Zungengeschwüre 265.
Merkurvergiftung bei der Behandlung der Syphilis (Schuster) 992. 1017.
Micrococcus ureae, zur Biologie des (Limbeck) 41.
Mikroklysma 397.
Mikroorganismen, Verhalten gegen Lanolin (Gottstein) 81. — Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen (Baumgarten) 1144. — Unter dem antiteptischen Zinkverband (Staehel) 433.
Mikrophyten in der normalen menschlichen Epidermis, über den Sitz von (Mibelli) 1161.
Milchsäure gegen Lupus der Nasenschleimhaut (Fano) 549. — Einige Anwendungen in der Dermatologie von Merks konzentrierter (Knoche) 190. — bei Ulcus rodens (Hollister) 139.
Miliaria rubra 832.
Milztumor bei hereditärer Syphilis (Tommasoli) 84.
Mineralische Heilmittel bei Syphilis E.-H. II, 91.
Mischinfektion von Syphilis mit Ekzema seborrhoicum 613. 991. 1067.
Mitteilungen aus der Praxis (Klamann) 92, -- aus der dermato-

logischen Klinik des Charité-Krankenhauses zu Berlin 37.
Mollinpräparate (Fischer) 343.
Molluscum contagiosum, Übertragung des 684.
— fibrosum; ein weiterer Beitrag z. Studium des; Ätiologie; fibromatöse Infiltration und ihre Beziehungen zum Keloid (Taylor) 190.
Morbilli (Fürbringer) 932. 1054. — Immunität gegen (Lehmann) 588.
— adultorum (Bohn) 587.
Morphin als Ursache der Akne rosacea (Jackson) 1214.
Morphoea 48. 396.
Moung-Phoset 9.
Muköse Harnröhrenkatarrhformen 668.
Mundlippen 767.
Mundwasser bei Stomatitis, Caries der Zähne (Bartholow) 811.
Museum Baretta 530.
Mutterlauge u. Chlorcalcium in der Behandlung der Hautkrankheiten, über Kreuznacher (Lier) 347.
Muttermal 486.
Mycetoma 87.
Myelitis, spezifische (Nicolich) 549.
Myeloencephalopathien, über tertiärsyphilitische diffuse und disseminierte (Herodinoff) 1147.
Mykologie, Lehrbuch der pathologischen (Baumgarten) 918.
Mykosis fungoides (Kaposi) 543. — u. primäres Hautsarkom, Zusammenhang zwischen (Ciarrocchi) 33.
Myome der Haut und des Unterhautzellgewebes (Phélisse) 1097.
Myositis syphilitica (Neumann) 383.
Myxödem, über (Erb) 234; (Fuchs) 183; (Manasse) 793; (Marent) 377; (Mosler) 589; (Virchow) 234. — Fall von (Hirsch) 436; (Jones u. Alderson) 490; (Stuart u. Affleck) 492.
Myxödemkommission, Bericht der 1050.

Nägel 766. — Leukopathie der (Morison) 382. — Totale Nekrose der (Sanctis) 800.
— Behandlung des eingewachsenen (Hofmann) 864.
Nagelaffektion (Paget) 456.
Nagelatrophie 1102.
Naevi, schmerzlose Entfernung der (Hunter) 51.
— und andere Tumoren im Gesicht und auf dem Kopfe, relative Häufigkeit von pathologischer Umwandlung von (Sherwell) 186.
— — und andere Tumoren, maligne Degeneration von (Biart) 189.
— pigmentosus oder Lupus vulgaris? (Sherwell) 946. — pigmentosi Entfernung von 191.
Naphtalol oder Betol, über (Kobert) 591.
Naphtol u. die β-Oxynaphthoësäure, zur parmakologisch-experimentellen Untersuchung (Willenz) 320; 435.
β-Naphtol (Shoemaker) 1254.
Narbenkeloide s. Keloid.
Narben nach syphilitischen Läsionen (Pirret) 647.
Narkoseerleichterung 874.
Nase, eigentümlicher Ausschlag an der (Bronson) 395. — Therapie der roten 1162.
Nasenflügel, Syphilis der (Boulangier) 387.
Naturforscherversammlung, 61. zu Köln 603. 815. 874. 985.
Nebenhoden, Entzündung des, s. Epididymitis.
Nekrose der Nägel beider Hände, über einen Fall totaler (Sanctis) 800.
Nerven, Beitrag zur Lehre von den trophischen (Joseph) 434.
Nervenkörperchen des Menschen, die (Adamkiewicz) 1249. — Über die Adamkiewiczschen (Momidlowski) 1250.
Nervensystem, Syphilis des, s. Syphilis.
Neuritis spinaler Äste bei recenter Lues, Fall von halbseitiger (Ehrmann) 277.
Neurofibrome u. Fibroma molluscum bei Rankenneurom 538.
Neuropathische Dermatosen, über einige (Campana) 485.
Neurose der Haut, eine besondere periphere (Gamberini) 797; — der Fufssohle, vasomotorische und sensible (Marcacci) 450.
Nichtvenerische Affektionen der Geschlechtsteile in den heifsen Zonen,

über einige besondere (Lassabatie) 926.
Nigritié de la langue E.-H. I, 8.
Nirmus 717.

Oberhaut nebst Studien über gewisse Oberhautverdickungen, Beitrag zur Pathologie u. Anatomie der (Tommasoli) 230. — u. Papillarkörper, Architektur der (Unna) 718. 762. — zur Anatomie u. Entwickelungsgeschichte der (Baschko) 763. — Beiträge zur Anatomie der (Blaschko) 765.
Oberhauterkrankungen, parasitäre 468.
Oberhautpilze, Züchtung der (Unna) 465. 817. — Demonstration der (Unna) 995.
Oberhautzellen, Struktur der unverhornten (Unna) 833. 890. 960.
Objektträger, durchbohrte 474.
Ödem, akutes hereditäres angioneurotisches (Falcone) 291; — akutes zirkumskriptes (Elliot) 341; (Riehl) 444. 593; — elastisches 865.
Oleum cinereum s. Graues Öl.
— Santali s. Sandelöl.
Ölspray bei Hautkrankheiten (Perry) 141.
Opium bei chronischen Hautleiden 48.
Orchitis u. Epididymitis durch Anstrengung der Bauchpresse (Englisch) 547.
Orientbeule 1145.
α-Oxynaphtoësäure (Lübbert) 636.
Ozonwasser bei der Krebsbehandlung 638. 1006.

Panaritien, zur abortiven Behandlung der (Kenner) 1255. — und Pathogenese der (Chambard) 1154.
Papillarkörper u. Oberhaut, Architektur des (Unna) 718. 762.
Papilloma neuroticum frontis, Fall von (Haegele) 277.
Papillomatöse Entzündung der männlichen Harnröhre (Oberländer) 245.
Papulae syphiliticae des Kehlkopfs 298.
Parangi 86.
Paraphimose, zur Therapie der (Penkin) 802.
Paraplegia praecox auf syphilitischer Grundlage, Beitrag zum Studium der (Proux) 925; — syphilitische, in Form tabetischer Erkrankung (Budor) 104.
Parillin E.-H. II, 85.
Pariser Briefe (Unna) 530. 559. 605. 677.
Pasten, über (Gründler) 991. 1029.
Pastrana, Julia 10.
Pelade s. Alopecia areata.
Pellagra, nervöse Störungen bei (Tuczek) 539.
Pellagrakranke, Sprofspilz in der Haut der (Majocchi) 940.
Pemphigus acutus successivus 844; — acutus seu febrilis (Allen) 505; 546. 941. — Zur Anatomie des (Baur) 39.
— circinatus 843.
— compositus 844.
— conjunctivae (Pilley) 1007.
— diutinus haemorrhagicus 844.
— kongenitaler (Morris) 752.
— pruriginosus 844. 845.
— mit nachfolgender Arsenikpigmentierung (Handford) 493; — mit Veränderungen in den peripheren Nerven (Sangster u. Mott) 1007. — post partum (Barnes) 494. — Behandlung 108; mit Arsenik 49.
Penis, Beiträge zur Anatomie des (v. Düring) 1117.
Penisamputation (Kiriac) 245.
Penisepitheliom 805.
Penisfistel und doppelte Harnröhre, über angeborene (Englisch) 869.
Perforierendes einfaches Geschwür des septum narium 755.
Pergamentpapier, Weichmachen von 758.
Perichondritis laryngea syphilitischer Natur, hochgradige (Schnitzler) 441.
Pericowperitis u. Cowperitis, Beitrag zum Studium der akuten (Grussin) 379.
Perionychie, diffuse syphilitische (Taylor) 339.
Perionyxien und früh entstandene Gummata der Haut, multiple (Breda) 935.
Pernionen 47.
Petroleum auf die Haut, Komedonen-

bildung als Folge des Einflusses des (Mitchell) 1257. — Allgemeine Hautvergiftung durch (Lewin) 789; (Sharp) 1257.
Pferdewurm, chronischer (Bucquoy) 326.
Phagedän, Behandlung mit Dauerbädern (Smith) 1257.
Pharmakologie, Vorlesungen über (Binz) 88.
Phenacetinexanthem, Fall von (Valentin) 793.
Philothion, ein Körper organischen Ursprungs, der Schwefel in der Kälte hydrogeniert (Ray-Pailhade) 1009.
Phimose bei Kindern; Vorkommen, Bedeutung u. Behandlung (Wittelshöfer) 278. — Über angeborene (Stewart) 138. — Zur Entstehung von Hernien, Beziehung der angeborenen (Englisch) 1008.
Phlegmone, speziell des Fingers, Abortivbehandlung vermittelst Resorcininokulation (Weifs) 452.
Photographische Aufnahmen von Hauterkrankungen (Fox) 1253.
Photoxylin, über das (Rosenthal) 541; (Behringer) 813.
Pied de Madura, eine Trophoneurose, Beitrag zum Studium des sogen. (Lebouroux) 921; 87.
Pigmente, Beitrag zur Kenntnis der pathologischen (Neumann) 245.
Pigmentbakterien E.-H. I, 5.
Pigmentierungen nach Elektrolyse 1057; — während der Schwangerschaft 1106.
Pigmentsarkom 485; idiopathisches multiples (Hjorth) 45.
Pigmentsyphilid s. Syphilid.
Pityriasis rosé von Gibert, Bemerkungen über die primitive Plaque der (Brocq) 179. — Stellung zum Ekzema seborrhoicum 684. — rosea 192.
— palpebrarum infantum und ihre Behandlung (Despayme) 327.
— pilaris Devergie 420. 559. 569. 623. 825. 1192.
— rubra mit pustulösen Affektionen bei einem mit Psoriasis behafteten (Morrow) 336.
— versicolor, über die möglichen Beziehungen zur Lungentuberkulose (Barduzzi) 391. — Mechan. Behandlung der (Mansurow) 507.
Plattenverfahren, Modifikation des Kochschen (Schimmelbusch) 1008.
Plumbum causticum zur Behandlung der spitzen Kondylome (Bockhart) 173.
Pocken, Diagnose der (Osler) 1211. — der Vögel 712.
Pockenähnliche Gebilde in den inneren Organen, über das Vorkommen von (Bowen) 242.
Pockenbehandlung bei Geimpften u. Nichtgeimpften, über die Resultate der (Senetz) 803.
Podelkoma s. Madurafufs.
Polyarthritis, Iritis u. Conjunctivitis gonorrhoica (Rückert) 42.
Polysolve 92.
Postkonzeptionelle Syphilis (Neumann) 236.
Postvaccinale Hauteruption, Fall von (Behrend) 697.
Präputialsack, Entwickelung des 1118. — Appendices des 1126.
Prairie-Jucken, über das (Cortlett) 1107.
Praxis, Mitteilungen aus der (Klamann) 92.
Primäraffekt, 2 Fälle von extragenitaler Lokalisation des (Krelling) 382.
Primärsyphilid der Hand (Wood) 808. — à distance, doppelte (Ohmann-Dumesnil) 877.
Prinzipien in der Behandlung der Syphilis (Finger) 42.
Privatdozenten der Dermatologie, die deutschen (Leloir) 979; — französischen 1227.
Propeptonurie, über (Posner) 591.
Prophylaxe der Syphilis, die öffentl. (Fournier) 917.
Prostata, Galvanopunktur der (Biedert) 696.
Prostatahypertrophie, zur Heilung mit Injektionen von Jodoformäther, (Frey) 1150. — und Prostatatumoren, zur Radikalbehandlung durch Elektrolyse (Casper) 695. — mit Demonstration von Präparaten (Schlange) 788.
Prostatakarzinom, Bericht über einen Fall von (Belfield) 502.

Prostatastein, Fall von (Philipott) 141.
Prostatatomie wegen Obstruktion, 2 Fälle von (Capot) 339.
Prurigo (Robinson) 284.
Pruritus, klinische Bemerkungen über (Bulkley) 336.
— ani (Sutton) 1008. 1047.
— genitalium 993.
— senilis 993. 1047. — bei Hämorrhoidalleiden 1047.
Pseudo-Lichenruber 566.
Pseudomelanose 246.
Pseudotuberkulose bei Menschen u. bei Tieren (Cornil u. Toupet) 1157.
Pseudo-Tumor albus 29.
Psoriasis 294; (Spender) 494; (Sherwell) 505. — Anatomie der (Löwe) 38. — Pilze bei 821. 996. — Ist P. eine übertragbare Krankheit? (Ducrey) 34. — Zur Ätiologie der (Demateis) 84; zur Kontagiosität der (Ducrey) 796. — nach Arsenikgebrauch 48. — Untersuchungen über (Campana) 80. — mit Arthropathien 606. — recidivierende rheumatische (Shoemaker) 1254. — und Pityriasis rubra mit pustulösen Affektionen (Morrow) 336.
— palmaris 825. 1075.
— lingualis (Cozzolino) 85.
— mucosae oris, zur mechanischen Behandlung der syphilitischen (Horovitz) 548.
Psoriasisbehandlung mit Anthrarobin (Behrend) 1245; (Vidal) 1105; (Rosenthal) 1245; (Köbner) 1245.
Puerperalfieber u. Erysipel, Mikroorganismen des (Doyen) 642.
Pulex avium 717.
Purpura, Fall von (Stelwagon) 335. — Klinische Studie über (Mollière) 104.
— haemorrhagica 552. — Über die infektiöse idiopathische (Petrone) 1113. — im Zusammenhang mit Malariainfektion 85.
Pustula maligna u. Karbunkel, Behandlung der (Camera) 937. — und Anthrax, Lokalbehandlung mit Ipecacuanha (Muskett) 550.
Pustulöse Joderuption 34.
Quecksilber, Beitrag zur Kenntnis der Wirkung des auf den Darm, (Kraus) 540; auf den Organismus (Rémond) 597; und die Art seiner Ausscheidung E.-H. II, 64. — Über die Einwirkung des regulinischen auf tierische Gewebe (v. Düring) 995. 1059. — Hindert Vaselin die Resorption des Hg in Hg-Salben? 813.
Quecksilberalaninat 799.
Quecksilberalbuminat (Lübbert u. Schneider) 812.
Quecksilberbehandlung der Syphilis, interne E.-H. II, 42. — subkutane E.-H. II, 53. — externe E.-H. II, 46.
Quecksilberchlorid s. Sublimat.
Quecksilbernachweis im Urin (Brasse) 107; — durch Elektrolyse (Wolff) 598; (Ziegeler) 557.
Quecksilberpflastermull in der Syphilisbehandlung E.-H. II, 64.
Quecksilberräucherungen E.-H. II, 46.
Quecksilbersalicylat, über das (Ellenberger u. Hofmeister) 930. — Über die therapeutische Verwendung in der syphilidologischen Praxis (Szadek) 457; (Chaves) 795.
Quecksilbersublimat in eiweifshaltigen Flüssigkeiten (Behring) 146.
Quigila s. Ainhum.

Räude der Vögel 714.
Rankenneurom der Interkostalnerven mit Fibroma molluscum und Neurofibromen (Pomorski) 538.
Raynaudsche Krankheit 45. 47. 83. 490. 498. 752. 805. 1167.
Rectitis proliferans seu non specifica (Hamonic) 426.
Reinfektion bei einem Weibe, bei welchem das neue Kontagium und die neuen Erscheinungen bei noch bestehenden Zeichen einer vorausgegangenen Syphilis auftraten; (Ducrey) 82.
Reproduktionsherde des syphilitischen Virus, über die verschiedenen (Neumann) 278.
Resorcin und die Hautepitheliome (Mannino) 81.
— und Ichthyol (Jackson) 284; (Dunlap) 286.
— bei Akne (Fox) 809; (Unna) 56.

Resorcininokulation bei Phlegmonen 452.
Rete Malpighii, Physiologie des (Lewinski) 720.
Retropharyngeale Drüsenschwellung syphilitischen Ursprungs (Darbouet) 430.
Rhinitis als Ursache der Akne faciei, chronische (Seiler) 141.
Rhinosklerom (Dittrich) 444; (Jakowski u. Matlakowski) 145; (Mibelli) 1161. — Ein zweiter bakteriologisch untersuchter Fall von (Jakowski) 1161. — Über den diagnostischen Wert der sog. hyalinen Körperchen des (Chiappa) 1110.
Rhinosklerombacillen, rasche Färbungsmethode der (Melle) 82.
Rhusvergiftung 192.
Ringelhaare bei einem Epileptiker (Breda) 82. 290.
Roseola vaccina 1260.
Rostflecke an chirurgischen Instrumenten, Beseitigung von 195.
Rote Nase s. Nase.
Rotz, chronischer (Bucquoy) 326.
Roux s Methode der Gonokokkenfärbung 189.
Rupia u. andre syphilitische Hautgeschwüre 1247.
Rupia-Lupus 748.

Saccharomyces auf der Haut 32.
Salbeninjektionsapparat, Tommasolis 30.
Salbenspritze 345.
Salicylkollodium gegen Hühneraugen, Schwielen und Warzen (Roesen) 325.
Salol und dessen therapeutische Anwendung bei einigen venerischen Affektionen (Salsotto) 799; (Barduzzi) 390. — und Jodoform in der lokalen Therapie der venerischen u. Hautkrankheiten 31.
Salz in der Hygieine der Haut und Therapie der Hautkrankheiten (Piffard) 223.
Salze in Seifen zu inkorporieren 708.
Sandelöl bei Gonorrhöe (Linhart) 546.
Sapo unguinosus (Bronson) 947.
Sarcoptes laevis 715; — cysticola 715.
Sarkom des behaarten Kopfes 396. 506. 1254.
— teleangiektatisches und Pigment- 485.
Sarkomatöse Geschwülste in der Haut, multiple (Philipp) 38.
Sarkomatosis der Haut (Campana) 30.
Sarkopten 714.
Sarkoptiden 714.
Sassafrafsholz } in der Behandlung d.
Sassaparilla } Syphilis E.-H. II, 84.
Scarlatina (Jackson) 807. — Zusammenhang der Maul- u. Klauenseuche der Rinder mit der menschlichen (Stickler) 808. — Variola, Vaccine (Fleming) 488. — sine exanthemate (Dewitt) 552. — Zur Therapie der (Wigglesworth) 492; (Illingworth) 50. — Bacillus der (Barnofather) 1252; (Jamieson u. Edington) 49. — Zur Ätiologie der (Edington) 488.
Scarlatinöse Diphtherie, verdünntes Wasserstoffsuperoxyd bei (Love) 807.
Scirrhus des Os sacrum, sekundärer (Magruder) 807.
Schanker, multiple harte (Haslund) 107; 879. — Häufigkeit im Vergl. zu anderen Leiden (Greenough) 286. — der Brustwarzen bei einer Stillamme, doppelseitiger (Sherwell) 287; — des Nasenflügels (Boulangier) 387; — infolge von Biſs (Lesage) 431; — durch Rasiermesser übertragen (Cheminade) 1157. — extragenitale, syphilitische 877; (Morel-Lavallée) 152; 181. — Relative Häufigkeit der verschiedenen Arten der (Nivet) 1202. — Behandlung einfacher 192; durch Exzision 42.
— diphtheritischer 187.
— phagedänischer s. Phagedän.
— weicher 810. 950. 1110. E.-H. II, 13. — und Infektiosität tertiärer Syphilisprodukte, zur Frage über die Natur des (Finger) 237.
Scheidenmastdarmfistel einen Abscefs der glandulae vulvovaginales vortäuschend (Chiappa) 798.
Scheve-Mivong 9.
Schilddrüsensyphilis s. Syphilis.
Schleimhäute bei akuten Exanthemen, Verhalten der (Monti) 277.

Schleimhautentzündung der männl. Harnröhre, papillomatöse (Oberländer) 245.
Schwangerschaftspigmentationen (Monin) 1106.
Schwarzfärbung der Zunge s. Haarzunge.
— älterer Hornzellen E.-H. I, 52.
Schwefel, zur Pharmakodynamik des (Schulz) 122.
Schwefelthermen E.-H. II, 98.
Schweifs, englischer (Roque) 1052. — Geographie des (Thoinot) 1055.
Schweifsdrüsen, Entwickelung der (Robinson) 1252.
Schwemaong 9.
Schwielen, Salicylkollodium bei 325. — subunguale (Le Fort) 1159.
Schwitzen der Hände 756.
Seborrhoea corporis 680.
Sectio alta s. Blasenschnitt.
Seifen, medizinische 862. — und Verbandmaterialien, Keimgehalt von (v. Eiselsberg) 42. — Salze zu inkorporieren 708.
Semmelkur in Lindewiese zur Behandl. der Syphilis E.-H. II, 96.
Septikämie als Komplikation des Ekzems (Elsenberg) 649.
Septische lokale Infektion 505.
Serpiginöses Knötchensyphilid (Taylor) 284.
Sexualorgane, Wandtafeln der 755.
Siegesbeckia orientalis als ein Antiparasiticum (Hutchinson) 51.
Sittenpolizei, Unzulänglichkeit der (Augagneur) 506.
Sclerema adultorum (Runenberg) 649.
Sklerodaktylie, zwei Fälle von (Santwoord) 498; (Kjör) 649.
Skleroderma 19.
Sklerodermie u. Sklerodaktylie, Fall von (Nielsen) 45; — mit tödlichem Ausgang (Krevet) 376.
Skrofuloderma, kleines pustulöses (Jackson) 287.
Skrofulo-tuberkulöse u. syphilitische Unterhautgummata 1095.
Skrofulose u. Tuberkulose, über den Zusammenhang der (Renzi) 390.
Smegmabacillenfrage, über den jetzigen Stand der (Markuse) 864.
Solvin, therapeutischer Wert des (Kobert) 95.
Solvinpräparate, pharmakologische Untersuchungen über einige (Kiwull) 636.
Sommersprossen, über Heilung von 555.
Sonnenstich, elektrischer (Defontaine) 327.
Soorpilze E.-H. I, 5. 44.
Sore s. Delhibeule.
Sozojodol (Fischer) 344.
Sozojodolpräparate 1048.
Sozojodoltherapie auf rhinolaryngologischem Gebiet (Fritzsche) 697.
Spaltungsrichtungen der Haut 719.
Spanische Fliege, die Jugendzustände der (Beauregard) 757.
Spätsyphilis hereditäre s. Syphilis hereditaria tarda.
Spermatorrhöe, Elektrotherapie der (Wagner) 92.
Spezialistenkongresse, internationale, und der Pariser Kongrefs für Dermatologie und Syphiligraphie 1889 (Unna) 1187.
Spicken des Lupus 195.
Spondylitis cervicalis (Melmster) 649.
Spontanfrakturen bei Syphilitischen, Beitrag zum Studium der sogen. (Tavernier) 104.
Spontangangrän s. Gangrän.
Sprofspilz auf der Haut der Pellagrakranken (Majocchi) 940.
Spülkatheter für die Urethra, ein neuer (Schütze) 759. — Tripperbehandlung mittels (Gröninger) 93.
Stachelschicht, Regeneration der 890.
Stachelzellen u. ihre Verbindungsbrücken, Struktur der 833.
Stärkemehlkissen bei Ekzem 182.
Steinschnitt (Dittel) 444.
Sterilität der Männer 787.
Stillingia silvatica E.-H. II, 89.
Strikturen der Urethra s. Urethralstrikturen.
Strumolupus 747.
Sublimat in Verbandstoffen, über das Verhalten u. den Nachweis des (Kassner) 446.
Sublimatbäder E.-H. II, 47.
Sublimatfrage, Beiträge zur (Guillery) 591.

Sublimatinjektionen gegen Lupus, parenchymatöse (Tansini) 392.
Sublimatirrigationen der Harnröhre 456.
Subkutane Injektionen von Hg-Salzen s. Syphilis.
Subunguale Schwiele (Le Fort) 1159.
Succinimid-Quecksilber (Vollert) 1047.
Succus alterans 1152.
Sudor anglicus s. Schweifs.
Sukha pakla s. Ainhum.
Sulph-oleate of Sodium 337.
Sykosis, über (Unna) 247.
— coccogenes 247; Therapie der 555. 993.
— hyphogenes 248; Therapie 345.
Symmetrische Gangrän s. Raynaudsche Krankheit.
Syphiligraphie in Paris, internationaler Kongrefs für 1187; — Klinische (Taylor) 339. — auf den deutschen und österreichisch-ungarischen Universitäten, Organisation des Unterrichts in der (Leloir) 972. 1227.
Syphilid, annuläres 612; — bullöses hereditäres 339; — borkiges 1070; — einfaches 1069; — nässendes 1070; — papulo-krustöses 1071; — primäres 880; — Pigment- (Doyon) 1151; — psoriasiformes 1075; — schuppiges 1070; — serpiginöses 1073; — ulcerierendes der Vulva 1106; — tuberkulöses des Ohres 503.
Syphilide des Mundes, über die Behandlung der sekundären mit Hg-Einspritzungen (Rosolimos) 1155. — die unter der Form einer Psoriasis vulgaris auftreten, Untersuchungen über die papulosquamösen (Ségny) 925.
Syphilis (Yeman) 702; (Hutchinson) 1246. — in Bosnien u. der Herzegowina (Glück) 870; unter den Cattarangus Indianern 1213.
— Kontagium der (Disse und Taguchi) 133; (Bergh) 156; Wesenheit des Kontagiums (v. Zeissl) 98. — Ansteckung und Ansteckungswege bei (Bergh) 149. 197. — Impfversuche an Pferden (Lesin) 801. — Neue Theorie über die Vererbung der (Diday) 105. — Sind die tertiären Produkte infektiös oder nicht? (v. Zeissl) 237. — Geht die während der Schwangerschaft acquirierte S. auf das Kind über? Postkonceptionelle (Neumann) 236. — Statistische Untersuchungen über den Ursprung beim Weibe (Fournier) 288. — Über den jetzigen Stand der Bacillenfrage (Markuse) 864. — Mikrobien der (Meurer) 648; (Smirnow) 802.
Syphilis ohne Primäraffekt E.-H. II, 19; — Extragenitale Infektion (Petersen) 307; (Krelling) 382; — Mitteilungen aus dem Gebite der (Neumann) 441; — mit sehr kurzer Inkubationsperiode (Lydston) 1213; — späte Manifestationen der (Ferrara) 800; maligna (Kopp) 235; — der Glasbläser; Fall von schwerer ekthymato-ulceröser (Desmet) 386; — miliare papulöse (Morrow) 505; — tuberkulöse 395.
— des Zentralnervensystems (Drummond) 1008; — des Nervensystems (Ziemssen) 1210; während der letzten 13 Jahre, Behandlung der (Schuster) 13. 72; — der Wirbel- u. Rückenmarkssäule; über 2 Fälle von (Jürgens) 698; — halbseitige Neuritis spinaler Äste bei recenter (Ehrmann) 277; — des Larynx (Grabower) 1048; Beitrag zur Kenntnis der Frühformen der (Pollak) 297; — Versuche einer pathologisch-anatomischen Statistik der visceralen (Petersen) 109; — der Trachea und Schilddrüse 97; — der Leber 119; — der Milz 121; — der Nieren 120; — der Drüsen 121; — des Darmkanals 121; — der Knochen 121; — der Lungen 643; — der Nase und der fossae nasales (Dupoud) 926; — des Auges (Hutchinson) 751; — tertiäre der Haut und Unterhaut der Harn- und Geschlechtsorgane (Mauriac) 101; — der Haut, eine bis jetzt noch nicht beschriebene Form der Form der (Salsotto) 448.
— Beziehungen zu den eruptiven Fiebern (Annel) 1098. — Einfluſs

des Erysipels auf den Verlauf der konstitutionellen (Neumann) 442. — und die venerischen Krankheiten (Finger) 1248. — Abort durch (Black) 755. — und Diabetes (Augagneur) 643. — und Ekzema seborrhoicum (Unna) 613. 991. 1067. — Elephantiasis durch (Mraček) 1249. — Ikterus bei sekundärer (Schröder) 1043. — und Karzinom (Doutrelepont) 96. — und Kopfinsulte (Watraszewski) 238. — und Reizung (Bosma) 798. — und Trauma (Thomann) 98. — und Vaccination (Signorini) 1112. — und Erythema polymorphum u. pseudorheumatische Knotenbildung 1039.
Syphilis hereditaria (White) 496; (Brooke) 496; (Linn) 598. — in der zweiten Generation, Fall von (Dezanneau) 598. — Einige Fragen in bezug auf Spätformen der (Sturgis) 805. — Hautgummata bei (Toutut) 1097. — Seltener Fall von ausgebreiteter symmetrischer Verunstaltung auf Grund von (Smirnoff)1. — namentlich spät auftretende (Gamberini) 31. — Spätformen 805. — Milztumor bei (Tommasoli) 84. — Hemiplegie bei 145. — Zähne bei (Hutchinson) 490.
— hereditaria tarda 31. 105. 145. 276. — Klinische Geschichte eines Falles, den sogenannten Pseudotumor albus vortäuschend (Mannino) 29. — Drei Fälle von erworbener Syphilis bei Personen, welche noch deutliche Spuren zeigten (Tavernier) 144. — oder Lupus? 700.
— Öffentliche Prophylaxe der (Fournier) 917. — Wichtigkeit der Ausrottung der (Storer) 806.
— Soll man während des Anfangsstadiums behandeln? (Bronson) 702. — Über die Grundlinien der heutigen Syphilistherapie(Schwimmer) E.-H. II. — Wichtigkeit der lokalen (Zeissler) 1107; Dauer der (Schwimmer) E.-H. II, 110. — Ist eine prolongierte Merkurialkur ratsam bei? (Prettyman) 1213. — Prinzipien der Behandlung der (Finger) 42. — Idiosynkrasie als Hindernis für spezifische (Morrow) 284. — Merkurvergiftung bei der Behandlung der (Schuster) 993. 1017. — Allgemeinbehandlung der (Hallopeau) 388. — Die neuesten Fortschritte in der (Neisser) 440. — Neue Experimente zur (de Luca) 799. — Behandlung der (Joseph) 1210.
Syphilis,Abortivbehandlung(Schwimmer) E.-H. II, 21; (Hutchinson) 754. — Exzision der Initialsklerose (Salsotto) 1111. — durch rechtzeitige Kauterisation des Ulcus specificum mittels des Paquelinschen Thermokauters nach vorausgegangener Kokainanästhesie (Mannino) 81. — durch Elektrolyse 939; — mit Hydrargyrum cum creta (Hutchinson) 592. — Präventivbehandlung (Schwimmer) E.-H. II, 10.
— Behandlung mit subkutanen Injektionen, allgemeine Gesichtspunkte bei der (Rosenthal) 244; — von unlöslichen Quecksilbersalzen (Pontoppidan) 185; — von Kalomel 85, 192, 235, 243, 262. 286, 337, 384, 441, 548, 929, 1046, 1253. 1258, E.-H. II, 61; — von Quecksilberoxyd 241, 244, 286, 337, 929, E.-H. II, 63; — von Quecksilbersalicylat 457. 795. 994; — mit grauem Öl 384. 1046; — von Blutserumquecksilber E.-H. II, 60; — von Peptonquecksilber E.-H. II, 56. — von Quecksilberformamid E.-H. II, 58; — von Glykogoll-, Alanin- und Asparagin-Quecksilber E.-H. II, 60; — von Sublimat E.-H. II, 55; — von Succinimidquecksilber 1047.
Syphilisation, die E.-H. II, 94.
Syphilitische Albuminurie (Casarini) 84. — Alopecie 1076; pathologisch-anatomische Veränderungen der (Giovannini) 21. — Ansteckung bei einem Manne von der Brustwarze ausgehend (Hérard) 102. — Arthritis secundaria 106. 180. 1154. — Augenleiden, zur Therapie der (Silex) 1209. — Autoinfektion 877. — Cephalaea, Wirkung des Akonitins bei (Leroy) 103. —

Conjunctivitis 386. 439. — Diabetes (Lemonnier) 1154. — Epididymitis, frühzeitig auftretende (Hyde) 287. — gummöse Glossitis durch Kalomelinjektionen geheilt (Scarenzio) 1160. — Haut, anatom. Veränd. nach Ablauf der klinischen Erscheinungen (Neumann) 237. — Hemiplegie (Riff) 637. — Infektion einer Familie durch eine Amme (Fournier) 1160; Dauer der s. I. in bezug auf das Heiraten (Morrow) 190. — Kehlkopfkatarrh 301. — und merkurielle Zungengeschwüre (Beissel) 265. — Myositis (Neumann) 383. — Neoplasmen, Mitteilungen über die Behandlung spät auftretender Formen von (Garnett) 285. — Perichondritis laryngea 441. — Perionychie, diffuse 339. — Pseudotumor albus 29. — Psoriasis mucosae oris, zur mechan. Behandlung der (Horovitz) 548. — Reinfektion s. Reinfektion. — retropharyngeale Drüsenschwellung 430. — und skrofulo-tuberkulöse Unterhautgummata 1095. — Spontanfrakturen bei (Tavernier) 104. — Stenosen des Kehlkopfes, Katheterismus bei 934. — Symptome, ungewöhnliche Aufeinanderfolge der (Hallopeau) 181. — Virus, Reproduktionsherde des (Neumann) 278. — Wahnsinn (Kinnier) 503.
Syphiloma hypertrophicum diffusum (Mraček) 1249.
Syringophilus bipectinatus 716; — uncinatus 716.

Tabetiker, über eine besondere Ernährungsstörung der Haut der (Capderelle) 379.
Talgdrüsen 67.
Tastapparat der Hand der menschlichen Rassen und Affen in seiner Entwickelung und Gliederung (Kollmann) 722.
Taubheit im Gefolge der Syphilis, Entstehen der (Turnbull) 1255.
Tayuya bei Syphilis E.-H. II, 89.
Teleangiektatische Sarkome 485.
Tertiäre Syphilis s. Syphilis.
Thallinantrophore, zur Anwendung der (Altschul) 697; — bei infektiöser Urethritis (Istamanoff) 1215.
Thallinpräparate, Behandlung der Gonorrhöe mit besonderer Berücksichtigung der (Goll) 245.
Thallinsalze, Verhalten der Gonokokken zu den (Kreis) 245.
Therapeutische Notizen (Saalfeld) 993.
Thermotherapie der Syphilis E.-H. II, 98.
Tinea favosa s. Favus; — tonsurans s. Herpes tonsurans.
— versicolor s. Pityriasis versicolor.
— trichophytina s. Herpes tonsurans.
Tonsillenschanker 316.
Trachealsyphilis s. Syphilis.
Transplantation von Haut auf sehr ausgebreitete Wundflächen (Fiorani) 936. — der Haut von einer Leiche (Bartens) 928. — von karzinomatöser Haut (Hahn) 589.
Trauma u. Syphilis (Thomann) 98.
Traumaticin bei Lymphangitis erysipelatosa, resorciniertes (Ferreire) 107.
Trefusia 29.
Trichodectes 717.
Trichomykosis pustulosa barbae 136.
Trichophyton tonsurans, interessante Übertragung von (Buzzi) 40. — Siegesbeckia orientalis bei (Hutchinson) 51.
Trinotum 717.
Tripper s. Gonorrhöe.
Tripperrheumatismus, Elektrizität bei (Fotiadis) 650.
Trophische Nerven s. Nerven.
Tuberkelvirus, einige Bemerkungen zur Abschwächung und Zerstörung des (Florand) 922.
Tuberkularisierung des Thränensacks, Versuche über (Valude) 1158.
Tuberkulöse Geschwüre (Ritzo) 1198. — Hautulceration am Perineum (Marianelli) 933. — Ulceration der Vulva, Vagina und der Portio vaginalis uteri (Zweigbaum) 592. — Syphilis 395.
Tuberkulose der Haut 437. — der regio anorectalis (Clurou) 923.

— Verbreitung durch die Stubenfliegen (Hoffmann) 872. — des knöchernen Schädeldaches, Beitrag zum Studium der (Da-Costa-Leite) 1042. — und Skrofulose, über den Zusammenhang von (Renzi) 390.
Tuberkulosis verrucosa cutis und ihre Stellung zum Lupus und zur Tuberkulose (Finger) 321.
Tylosis der Fufsohlen und Hohlhände 943. — Milchsäure bei 190.
Tysonsche Drüsen 1117. 1120.

Ulcera venerea auriculae (Böke) 641.
Ulceration an der behaarten Kopfhaut (Lewis) 396. 506; — an der Vulva, zur Kasuistik der chron. (Landau) 1210.
Ulcus cruris s. Unterschenkelgeschwür.
— durum und ulcus molle, Nichtidentität des (Marsh) 810.
— molle, Seltenheit in Finnland (950); Wesen des 1110.
— orientale 751.
— rodens, Milchsäure bei (Hollister) 139.
— tropicum (Ranking) 495.
— der Vorhaut, das einen primären Schanker vortäuschte, Fall von einem tertiären (Portalier) 1157.
Unterhautgummata, Beitrag zum Studium der Differentialdiagnose zwischen skrofulotuberkulösen u. syphilitischen (Slojanesco) 1095.
Unterschenkelgeschwür, zur Behandlung des atonischen (Appenrodt) 696; (Philippi) 752.
Urämie, kutane Erscheinungen bei der (Persy) 1200.
Urethra, über einige histologische Veränderungen in der chronisch entzündeten männlichen (Neelsen) 237. — Argyrie der (Grünfeld) 545. — duplex und angeborene Penisfistel (Englisch) 869. — Klinische Beobachtungen über Endoskopie der männlichen (Klotz) 451. — Fremdkörper in der, Litholapaxie vermittelst eines Evakuators mit langer gerader, mit Öffnungen versehener Kanüle (Willard) 497. — Geschwulst um die (Allen) 506. — Über die Mikroorganismen der normalen männl. und des normalen Harnes, mit Bemerkungen über Mikroorganismen im Harne u. bei Morbus Brightii acutus (Lustgarten und Mannaberg) 241. — Papillomatöse Schleimhautentzündung der männlichen (Oberländer) 245. — Sofortige Naht bei traumatischer Ruptur der (Erasme) 1104. — Neuer Spülkathater für die (Schütze) 759. Entzündliche Verengerung der männlichen (White) 284.
Urethralabschnitt, krampfhafter Verschlufs des hinteren (Keyes) 186.
Urethralausflufs, die verschiedenen Arten von (Grasselt) 1261.
Urethralbacillen 246. 400.
Urethraldilatatorium nach Oberländer 669.
Urethralinjektionsapparat für Salben, zur Behandlung der Gonorrhöe (Tommasoli) 30.
Urethralspeculum, ein neues (Brown) 1102.
Urethralspritze (Taylor) 187.
Urethralstriktur, schnelle Erweiterung der (Bakó) 542; — von grofser Ausdehnung in der Tripperbehandlung; über Dilatation (Otis) 188. — Beiträge zur Pathologie und Therapie der (Casper) 438.
— Verschiedene Behandlungsmethoden und deren Kritik (Antal) 239; — mit Elektrolyse (Newmann) 1255; — mit Gelatinebougies (Bedquin) 193.
Urethritis glandularis u. follicularis 661. 665.
— glandularis stringens 664.
— membranacea (Pajor) 593.
— mucosa 660.
— posterior 535.
Urethritis durch Antrophore, zur Behandlung der infektiösen (Lohnstein) 438. — Einige Bemerkungen zur modernen Behandlung der (Brewer) 191.
Urethroskop 345.
Urethroskopie, über (Gschirrhakl) 184; (Klotz) 451. — Wichtigkeit der (Oberländer) 653.
Urticaria, Bemerkung zur Entstehung der Knötchen bei (Jacquet) 1156.

Urticaria pigmentosa 48; (Elliot) 341; (Raymond) 609; (Elsenberg) 865; (Mibelli) 938.
— perstans mit Nekrosen 607.
— zur Pathogenese der Hydatiden- (Debove) 325.
Usler, Barbara 8.

Vaccination u. Syphilis (Signorini) 1112. — Hautkrankheiten durch Vaccination hervorgerufen 1160. — Fieberhaftes Exanthem im Gefolge von (Stewart) 1261.
Vaccine, Variola, Scarlatina (Flemming) 488.
Vaginitis (Vidal) 1103.
Variköse Geschwüre, zur Pathogenese der (Gérard) 431.
Variola (Caraillon) 1106.
Vegetationen bei schwangeren Frauen, zur Behandlung der (Decoster) 1096.
Venerische Affektionen, Salol bei (Salsotto) 799. — Erkrankungen bei den Juden der biblischen Zeit (Hamonic) 107. — Geschwüre, Acid. salicylicum in der Behandlung der (Ingria) 1112. — Hautkrankheiten, Salol u. Jodoform bei der lokalen Therapie der venerischen (Barduzzi) 31. — Krankheiten, Salol in der lokalen Behandlung der (Barduzzi) 390.
Verbindungsbrücken der Stachelzellen 833.
Verbrennungen, ausgedehnte (Clerk) 406. — zweiten Grades 295. — Therapie der (Mosetig-Moorhof) 236; (Unna) 295.
Verhornung 836. 893. 960.
Verhornungsprozefs, Untersuchungen über den (Zander) 902.
Verruköse Hauttuberkulose s. Hauttuberkulose.
Verunstaltung auf Grund hereditärer Syphilis, seltener Fall von ausgebreiteter symmetrischer (Smirnoff) 1.
Vestre-Hospital, Berghs Jahresbericht 44.
Virulenz des Bubo, der im Gefolge des weichen Schankers auftritt (Menut) 284.
Vitiligo der ganzen Körperoberfläche (Stelwagon) 451. — Über einen Fall von (Bidwell) 140.
Vögel, Hautkrankheiten der (Müller) 711.
Vogelmilbe 717.
Volksbäder, über die Kulturaufgabe der (Lassar) 996.
Volksmedizin u. Aberglaube in Oberbayern, Gegenwart u. Vergangenheit (Hoefler) 862.
Vulvarekzem bei kleinen Mädchen, chronisches (Fournier) 326.

Wahnsinn, syphilitischer (Kinnier) 503.
Warzen, gestielte und ungestielte multiple 651. — Behandlung von 192. 325. 811.
Wasserstoffsuperoxyd, Farbstoffbildg. durch (Wurster) 108.
Wohlgeruchduft, Beitrag zum menschlichen 455.
Wollfett (Sticker) 905.
Wollhaar beim Schafe, über die Entwickelung und den Bau der (Sticker) 840. 905. 1143.
Wundfläche und Verpflanzung von Hautstückchen, sehr ausgebreitete (Fiorani) 936.
Wundreiten, Behandlung u. Prophylaxe des 1114.

Xanthoma multiplex, Fall von (Hyde) 285; — entwickelt aus Naevis vasculo-pigmentosis (Koebner) 867.
— — planum, tuberosum et mollusciforme pendulum (Koebner) 868.
— diabeticorum 1172.
Xeroderma 85.
— pigmentosum (Riche) 596; 693; (Taylor) 809; (Arnozan) 1151.

Yaws s. Framboesie.

Zähne, bei hereditärer Syphilis (Hutchinson) 490.
Zahnentwickelung bei Hypertrichosis 11.
Zahnveränderungen infolge von

Skrofulotuberkulose, die das Bild syphilitischer Zähne vortäuschten 145.
Zerstäuber, regulierbare (Unna) 21.
Zinkverband, Mikroorganismen unter dem antiseptischen (Staehel) 433.
Zinkvergiftung durch Zinkleim 651.
Zirkumzision, Impftuberkulose infolge ritueller (Meyer) 279. — in Dänemark, Beseitigung der Gefahren der rituellen (Salomonsen) 292.
Zittmannsches Dekokt bei Syphilis E.-H. II, 87.
Zunge, Angiom der (Treves) 751; (Coolenot) 1041. — Haarförmige Bildungen an der (Roth) 544. — Psoriasis der (Cozzolino) 85. — Ringförmiger Ausschlag auf der (Kinnier) 189. — die schwarze (Bernhard) 399; (Brosin) E.-H. I; (Schech) 434. — Schwarzfärbung der s. Haarzunge. — Vorübergehende, benigne Plaques der (Fournier) 1105.
Zungenaffektion bei Lichen ruber 577.
Zungenbelag, schwarzer E.-H I, 9.
Zungengeschwüre, syphilitische und merkurielle (Beissel) 265.

Namenregister.

Die römischen Zahlen beziehen sich auf die Ergänzungshefte. Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abénthencourt 154.
Abercromby 267.
Achard 1197.
Adamkiewicz, Die Nervenkörperchen des Menschen 1249.
— 1250.
Adams, A. Leith 10.
Addison 1174. 1179.
Adelon 203.
Adler, H. 445.
Affleck u. G. Stuart, Myxödem 492.
Agnew 703.
Aguiar, J. M. de 136.
Alard 137. 430.
Albert, 98. 99.
Albicus 214.
Alderson u. Johnes, Myxödem 490.
Aldrovandus 9.
Alembroth 593.
Alibert 190. 925. 980. 1235.
Allen, Ch. W., Beobachtungen aus der Praxis über Gonokokkus und Rouxs Methode zur Feststellung ihrer Identität 189.
— Pemphigus acutus seu febrilis 505. 941.
— Geschwulst um die Urethra 506.
— 150. 192. 505. 945. 946. 1102.
Allen, Grant 7.
Allier 1095.
Allingham 923.
Almén 244. E.-H. II, 68.
Almenar 153.
Alpin, P. 429.
Altschul, Zur Anwendung der Thallin-Antrophore 697.
— 1217.
Althaus 342.
Alvarez 444.
Aly-Albas 429.
Ambrosoli E.-H. II, 61.
Amicis, de, Dermatitis exfoliativa universalis aus Psoriasis hervorgegangen 33.
— Über die durch Jod hervorgerufenen pustulösen Eruptionen 34.
— Über einen Fall von Lichen ruber universalis 81.
— 35. 81.
Amras (Ambriz) 9. 12.
Anacker 397.
Anderson, T. M'Call, Lehrbuch der Hautkrankheiten 86.
Andral 643. 923.
Andrassy 1039.
Annel, Über die Beziehung der Syphilis zu den eruptiven Fiebern 1098.
Antal, G. von, Die verschiedenen Behandlungsmethoden der Harnröhrenstrikturen und deren Kritik 239.
— 344.
Aphrodisiacus E.-H. II, 99.
Appenrodt, Behandlung des atonischen Unterschenkelgeschwürs 696.
Araujo, Silva, Atlas der Hautkrankheiten 135.
— 457. 458. 462. 795.
Aretaeus 429.

Arloing 390. 934.
Armstrong, Isolierung der Leprakranken 52.
Arnaud 645.
Arning 370. 372. 373.
Arnold 1120. 1123.
Arnold, B., Günstige Wirkungen des Salols bei Blasenkatarrh im Verlaufe von Detrusorenlähmungen 793.
Arnozan, X., Fall von Xeroderma pigmentosum 1151.
— 1098.
Aronsohn, Konträre Wirkung Fieber erregender u. Fieber hemmend. Mittel 324.
Arragon 1041.
Arthaud-Duprat 1251.
Arthur 206. 208.
Assaki, G. 245.
Astrice 1147.
Astruc 202. 643. 1043. E.-H. II, 84. 86.
Aubert E.-H. II, 78.
Audhoui, Gonorrhöe 1259.
Audry, Ch., Gonokokkus Neiſser u. seine Beziehungen zu einigen parablennorrhoischen Erscheinungen 143.
— Glosso-Stomatitis mercurialis 642.
— 642.
Augagneur, V., Unzulänglichkeit der Sittenpolizei 506.
— Syphilis und Diabetes 645.
— 642. 700.
Auspitz 38. 98. 136. 389. 575. 688. 770. 786. 914. 915. E.-H. II, 20. 25. 26. 27.
Auzias-Turenne E.-H. II. 94.

Babes 177.
Babesius 959.
Babington E.-H. II, 22.
Baelz 279.
Baerensprung 69. 156. 688. 1232.
Baeumler 98. 275. 1012. E.-H. II, 36.
Bagoc 337.
Bailey 192.
Baker 581.
Ballet 379.
Balzer 337. 338. 685. 913. 959. E.-H. II, 62.
Bamberger 445. E.-H. II, 57. 58.
Baracz, M., Übertragung der Aktinomykose vom Menschen auf Menschen 648.
Barbavara 102.
Barcley, K., Tuberkulöses Syphilid des Ohres 503.
Bardach 990. 992.
Bardet, Hyperidrosis cutis 1259.
Bardinet 201.
Baretta 531. 532. 533. 559. 561. 563. 564. 566. 569. 605. 606. 609. 677. 681. 682. 976. 1234.
Barduzzi, Beitrag zum Studium der durch Vaccination hervorgerufenen Hautkrankheiten 1160.
— Über den Wert der sauren Reaktion des blennorrhagischen Eiters 1160.
— Zur Pathogenese u. Therapie des Keloids 391.
— Die möglichen Beziehungen der Pityriasis versicolor zur Lungentuberkulose 391.
— Das Salol und das Jodoform bei der lokalen Therapie der venerischen und Hautkrankheiten 31. 390.
— 36. 81.
Barg E.-H. II, 95.
*Barlow, Th., Fall von Diabetes mellitus, bei welchem eine aus breiten Papeln und Knötchen bestehende Hautaffektion (?Lichen diabeticus) von ähnlicher Beschaffenheit, wie die des Xanthoma diabeticorum beschriebene Form, aber ohne Pigmentierung auftrat 1172.
Barnes, Pemphigus post partum 494.
— E.-H. I, 25. 63.
Barnofather, Scharlachbacillus 1252.
Baron, Über Argyrie 489.
Bartels 11. 99. 100. 1200.
Bartens, Transplantation der Haut von einer Leiche 928.
Barthélémy 312. 567. 677. 680. 685. 885. 925. 1158. E.-H. II, 28.
Bartholini, C. 1209. 1251.
Bartholow, R., Mundwasser bei Stomatitis, Zahncaries 811.
Bary, de 545.
Basserau 307. 980. E.-H. II, 1336.
Bateman 38. 635. 848. 1103.
Baum 204. 211.
Baumeister E.-H. II, 83.

Baumgarten, P., Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen III. Jahrgang 1144.
— Lehrbuch der pathologischen Mykologie II, 1. Hälfte 918.
— 155. 177. 202. 211. 1128.
— u. Trestel, Einseitige temporale Hemianopsie infolge von syph. (gummöser) Arteriitis cerebralis 538.
Baur, G., Zur Anatomie des Pemphigus acutus 39.
Baxter 205.
Bayet 82.
Bazin 192. 423. 532. 544. 625. 627. 677. 687. 826. 841. 847. 848. 854. 856. 980. 1102. 1235.
Beader, M. A., Symmetrische Gangrän 805.
Beard 137.
Beauregard 757. 758.
Bedouin, Behandlung der Strikturen mit Gelatine-Bougies 193.
Behn 963. 969.
Behrend 37. 188.
Behrend, G., Pathogenese der Alopecia areata 32.
— Das Anthrarobin 434.
— Über einen Fall postvaccinaler Hauteruption 697.
— Alopecia areata u. die Veränderung der Haare bei derselben 90.
— 320. 400. 454. 488. 509. 577. 979. 1026. 1245. 1246.
Behring, Quecksilbersublimat in eiweifshaltigen Flüssigkeiten 146.
— Kadaverin, Jodoform u. Eiterung 932.
Behringer, G. M., Photoxylin 813.
Beigel 11. 12.
*Beissel, J., Syphilitische u. merkurielle Zungengeschwüre 265.
— Über Lungensyphilis 986.
— 821. 987. 990. 992. 996. 1205.
Beithar, Ebn 123.
Belfield, W. T., Prostatakarzinom 502.
Belin 644.
Bellost E.-H. II, 42.
Belousson 198.
Bender, Max, Subkutane Anwendung des Kalomel u. des Oleum cinereum bei Syphilis 384.
— 526
Benedictus, F. 204.
Benedikt, P. 108.
Benet 1095.
Bergeron 917.
Bergh, R., Bericht des Vestre-Hospitals 1886. — 44. 1887. — 870.
*— Über Ansteckung u. Ansteckungswege bei Syphilis 149. 197.
— Referat 636.
— 155. 197. 291. E.-H. II, 28.
Bergmann, E. v. 1012.
Bergonzini 85. 1123.
Berkeley 921.
Bernard 207.
Bernhardt, M., Zur schwarzen Haarzunge 399.
— Klinischer Beitrag zur Lehre von der Innervation der Blase, des Mastdarmes und der Geschlechtsfunktion beim Manne 927.
Bertrand E.-H. I, 22.
Besnier, E., Behandlung der Krätze 328.
— Sur la lèpre 370.
— Behandlung der erythematösen Entzündungen der Hände durch Frostbeulen 191.
— Syphilisbehandlung mit Kalomelinjektionen 193.
— Ekzembehandlung 192.
— Pityriasis rosea 192.
— 105. 191. 192. 207. 286. 337. 338. 389. 432. 523. 534. 560. 562. 564. 567. 569. 570. 571. 606. 607. 608. 609. 678. 679. 680. 683. 685. 692. 693. 827. 861. 868. 974. 988. 997. 1002. 1026. 1028. 1097. 1158. 1198. 1219. 1229. 1240. E.-H. II, 58. 62. 78.
Béthencourt 154.
Beuson, H. 373.
Biart, Maligne Degeneration von Naevi u. anderen Tumoren 189.
Bidder 1097.
Biddie 921.
Bidwell, W. D., Fall von Vitiligo 140.
Biedenkap 14. 45. 73. 881. E.-H. II, 30.
Biedert, Über Galvanopunktur der Prostata 696.
Biel 947.
Biel, J. 294.
Biesiadecki 98. 908. 910. 911. 912. 915. 916. 1137. 1143.
Biett 980. E.-H. II, 92.

Bigelow 497.
Bilieff, Zur Erysipelbehandlung 1260.
Billroth 42. 88. 261. 984.
Binet 311. 312.
Binz, C., Vorlesungen über Pharmakologie 88.
— 800.
Bjorken 205.
Birch-Hirschfeld 97. E.-H. I, 5. 30.
Bittersdorf, Zur Wirkung des Ichthyols bei innerlicher Anwendung 793.
Bizzozzero 32. 478. 526. 834. 836. 837. 839.
Blache 1149.
Blank, H., Dermatologische Erfahrungen eines Jahres 552.
Blanc, L., Tripperbehandlung 700.
— 196. 345.
Blaschko 762. 763. 765. 768. 769. 770. 971.
Blogny E.-H. II, 21.
Bloom 1258.
Bloxam 593.
Boardmann 691. 692. 693.
Boccolari u. Manzieri, Therapeutische Anwendung der elektrischen Kataphorese 1113.
*Bockhart, M., Plumbum causticum zur Behandlung der spitzen Kondylome 173.
— 136. 242. 247. 575. 620. 658. 886. 919. E.-H. II, 60. 117.
Boeck, C. 312. 1166.
— Färbung der auf der Haut schmarotzenden Fungi 551.
— Ekzema circinatum s. seborrhoicum thoracis 551.
— Behandlung des Ekzema infantum 551.
— 206. 612. 617. 618. 620. 622. 831. 916. 1045. E.-H. II, 30. 94.
Boeck, W. 202. 204. 205.
Böhmer 834.
Böing 51.
Böke, Ulcera venerea auriculae 541.
Boerhaave 152.
Böttcher 788.
Bogelow E.-H. II, 76.
Bogoljuboff 309.
Bohn, H., Morbilli adultorum 587.
— 246. 398. 1149.
Boinet 1199.
Bokai 1118.
Bollinger 712. 898.
Bonnet 1142.
Bonome, Über Lungenlepra 85. 537.
Bonorden E.-H. II, 48.
Bordoni-Uffreduzzi, Über den Leprabacillus 85.
— 526. 1146.
Borgherini 32.
Bosma, Syphilis u. Reizung 798.
Botalli 206.
Bothier, Skleroderma 192.
Bouchard, Furunkelbehandlung 1105.
— 1200.
Boucherau 302.
Boulanger, Schanker des Nasenflügels 387.
Bouquet, Über die Biskrabeule 1199.
Bourceret 1095.
Bousquet 143. 1042.
Bowen, J. T., Vorkommen pockenähnlicher Gebilde in den inneren Organen 242.
— Hauttuberkulose 1213.
Bowlby, Lectures on injuries of the nerves 101.
Bradwood 1146.
Brandis, B., 276.
Brandt, Zur Ätiologie des Lupus vulgaris 277.
Brassavolus 200. E.-H. II, 95.
Brasse, L. Quecksilbernachweis im Harn 107.
Braune, W. 756.
Brauss 992. 1021. 1024.
Brazil, M., 458.
Breda, A., Ringelhaare bei einem Epileptiker 82. 291. — Erythema nodosum des Gesichts, des Larynx, Trachea u. Hodens 289.
— Multiple Perionyxien u. früh entstandene Gummen der Haut 935.
— 814.
Breisky 951. 956. 958. 960.
Brera E.-H. II, 72.
Brett 921.
Brewer, G. E., Bemerkungen zur modernen Urethritisbehandlung 191.
— Behandlung der Epididymitis mit dem Thermokauter 1256.
Brigide 1098.
Brinton, Hauthorn 287.
Bristowe 1175.
Broadbent 1052.

Broatch E.-H. I, 23. 63.
Broca, A., 646. 1197.
Broca u. Gunyrat, Das Erythem der Cholera 329.
Brocq, L., Entfernung der Haare durch Elektrizität 191.
— Entfernung von Naevi pigmentosi 191.
— Erythembehandlung 192.
— Bemerkung über die primitive Plaque der Pityriasis rosé (Gibert) 179.
— Diskussion über die Kontagiosität der Lepra in der Akademie der Medizin 1157.
*— Über die Dermatitis herpetiformis von Duhring 625. 687. 841.
— 191. 192. 328. 329. 337. 338. 389. 391. 420. 559. 596. 618. 623. 685.
Broduax 192.
Bronson, E. B., Soll man die Syphilis während der Anfangsstadien behandeln? 703.
— Dermatitis exfoliativa 337.
— Elephantiasis der Beine 343.
— Eigentümlicher Ausschlag an der Nase 395.
— lokale septische Infektion an Händen u. Fingern 505.
— Lupus erythematosus 506.
— 191. 287. 337. 687. 945. 946. 1045.
Brooke, H. G., Kongenitale Lues 496.
— Referate 46. 186. 284. 335. 488. 744. 751.
— 51. 456. 990. 1133.
*Brosin, Fr., Die schwarze Haarzunge E.-H. I.
— 399. I., 63.
Brouardel. 1053. 1054. 1055.
Broussais E.-H. II, 33.
Brown 51.
Brown-Séquard 647.
Brown, Tilden, Ein neues Harnröhrenspeculum 1102.
— Referate 138. 497. 553. 701.
Brünninghausen E.-H. II, 33.
Bruhns 1039.
Brun 42.
Brunet 1198.
Brus, R. de, E.-H. II, 72.
Bruzelius 1201.
Brydon E.-H. I, 24. 63.
Buchanan E.-H. II, 72.
Buchner 412. 413. 479. 482. 1026.
Bucquoy, Chronischer (Pferde-) Wurm (Rotz) 326.
Bucquoy 312.
Budge 1250.
Budor, Paraplegie auf syphilitischer Basis in Form tabetischer Erkrankung 104.
Bulkley, Dermatitis herpetiformis 945.
— Ätiologie u. Behandlung des Ekzems 1107.
— Klinische Bemerkungen über Pruritus 336.
— 69. 160. 201. 205. 517. 521. 635. 687. 829. 846. 847. 849. 850. 856.
Bullin, Behandlung der Warzen 811.
Bumm, E., Gonorrhoische Mischinfektion beim Weibe 94.
— 156. 919. 1044. 1045. E.-H. II, 27.
Bumstead 313. E.-H. II, 47. 80. 92.
— u. Taylor 14. 72. 205. 881. E.-H. II, 22.
Burchardt 551.
Burkhart 1122.
Burow 546.
Busch 189.
Butlin, H. T. 270. 271. 275. E.-H. I, 21. 25. 26.
Buxter, B., 337.
Buzzard 14. 15. 20. 21.
Buzzi, Fausto, Interessante Übertragung von Trichophyton tonsurans 40.
— Bemerkungen über Hyperhidrosis bei Fettleibigen 40.
*— Keratohyalin u. Eleidin 761.
— 896. 963.

Cabot, A. T., Zwei Fälle von Prostatomie wegen Obstruktion 339.
Cajal, J. R. 835. 836. 838. 839. 840. 841. 901.
Camera, Die Behandlung der malignen Pusteln u. der Karbunkel 937.
Campana, R., Herpes tonsurans 988.
— Einige neuropathische Dermatosen 485.
— Untersuchungen über Psoriasis 80.
— Über Sarkomatose der Haut 30.
— 33. 180. 1000.
Campbell, C. M. u. A. Harries, Lupus, eine pathologisch-anatomisch und klinische Untersuchung seiner Ätiologie, Entwickelung und Behandlung 432.

Canquoin 1040.
Cantani 123.
Cantrelle, Desodorisation des Jodoforms 813.
Capderelle, Besondere Ernährungsstörung der Haut bei Tabetikern 379.
Capitain 547.
Caraillon, Variola 1106.
Cardilucius 123.
Carlier 644.
Carnochan 447.
Carter 921.
Casarini, Fall von syphilitischer Albuminurie 84.
— 31. 80. 81.
Cashis, V. de 430.
Caspari, J., Lichen ruber 485.
— 142. 979. 1233. 1243. E.-H. II, 24. 115.
Casper, L., Beiträge zur Pathologie u. Therapie des Harnröhrenstrikturen 438.
— Zur Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie u. Prostatatumoren durch Elektrolyse 695.
— 240. 438. 658. 670.
Cassis, Vidal de 643. E.-H. II, 73.
Castle, F. A. 809.
Castel, du 338.
Cataneus 209.
Cattani, G., Antipyrin u. Antipyrese 289.
Cavafy 1176.
Cavagnis 923.
Cayla, A., Arthritis syphilitica secundaria 106.
Cazal 430.
Cazenave 420. 607. 643. 844. 845. 980. E.-H. II, 21. 92.
Cédie, Loupes (Atherome) und ihre Behandlung 1040.
Celsus 428.
Chadzynszky E.-H. II, 26.
Chaffart 594.
Challand 1097.
Chambard 525. 625. 868.
Chambard, E., Zur Pathogenese u. Behandlung des Panaritium 1154.
Chantemesse 1145.
Chaper, G. H. 141.
Charaka 429.
Charcot 14. 16. 20. 183. 327. 1148. 1250. E.-H. II, 52.
Charon u. Gevaert, Behandlung des Herpes tonsurans capitis 811.
Charpy 525.
Charteris, Desodorisation des Jodoforms 751.
Chassaignac 430. 874.
Chassiotis 1145.
Chaulemesse 1199.
Chaussier 203.
Chaussit 843. 844. 849. 856.
Chauveau 488. 1158.
Chaves, Br., Hg-salicylicum u. seine therapeutische Anwendung bei Syphilis, sowie verschiedenen Haut- u. Augenerkrankungen 795.
Cheadle 1007.
Cheminade, G., Sekundäre Arthritis syphilitica 180.
— Arthritis syphilitica secundaria 1155.
-- Harter Schanker durch Rasiermesser übertragen 1157.
Chiappa, Diagnostischer Wert der sogenannten hyalinen Körperchen des Rhinoskleroms 1110.
— Fall von Fistula stercoracea, welche einen Abscefs der Bartolinischen Drüse vortäuschte 290. 798.
Chiari 242. 306. 1198.
Chomse, O., Beitrag zur Kasuistik der Lepra in den Ostseeprovinzen Rufslands, speziell Kurlands 368.
Chotzen E.-H. II, 62.
Chotzen, M., u. C. Kopp, Kalomelinjektionen bei Syphilis 235.
Chrestien E.-H. II, 92.
Christesen, Beitrag zum therapeutischen Studium des Lupus vulgaris des Gesichts 1199.
Christie 86.
Christison 47. 49.
Chwostek 14. 72. 120.
Clado, S., Studie über einen pathoforen Bacillus der Blase 648.
Clarke, Fairlie 271. 273. 275. E.-H. I, 22. 62..
Claron u. Gevaert, Neue Behandlung des Herpes tonsurans 387.
Clay, Behandlung des Krebses mit Chiosterpentinöl 489.
— 1251.
Clemens 125. 129.
Clerc, le, Ausgedehnte Verbrennungen 1106.
— 184. 198. 307. E.-H. II, 12.
Clouston 1007.

Clurou, Tuberkulose der regio anorectalis 923.
Ciarrocchi, Zusammenhang zwischen Mykosis fungoides u. primärem Hautsarkom 33.
— Lokale Asphyxie und symmetrische Gangrän der Extremitäten 83.
Civiale 278. 1146.
Codge 98.
Cohnheim 88. 448. 810. 919. 1066.
Coindet 1200.
Collai 921.
Colle, A., Erkrankungen des Auges bei Gesichtsrose 925.
Collebrock 921.
Colles 210. 211. 375.
Collin, Leon 917.
Collier 583.
Collin 1200.
Collins 366.
Collisen E.-H. II, 95.
Colrat 180.
Colsat, Behandlung der Warzen 192.
Compagne 82.
Condallac 1044.
Condamin, Lupus oder Syphilis hereditaria tarda 700.
Conners, Primäres Sarkom der Kopfhaut 1254.
Cooper 590.
— Alfred 883.
— Samuel E.-H. II, 32.
Cornil 177. 615. 643. 644. 826. 923. 1001. 1002. 1041. 1043. 1228.
— u. Toupet, Pseudotuberkulose beim Menschen u. bei Tieren 1157.
Cortlett, Prairie-Jucken 1107.
Corve 430.
Coster 432.
Cotte E.-H. II, 56.
Coupard 1042.
Cowper 193. 659. 787. 1121.
Cozzolino, Psoriasis der Zunge 85.
Crawford 9.
Cresp 1146.
Crocker, R., Lehrbuch der Hautkrankheiten 1203.
— Neue Behandlung bei hartnäckig wiederkehrendem Ekzem 51. 493.
— 494. 577. 578. 584. 847. 849. 856. 914. 916. 1131. 1132. 1134. 1176. 1177. 1179. 1180.
Croft 494.
Croin 1201.
Croll, Oswald 123.
Crookshank, E. M., Manual of Bacteriology. — Photography of Bacteria 177.
— 488.
Cruse 112. 115.
Cruveillier 430.
Cuffer, de 644.
Cullerier 205. E.-H. II, 19. 72. 73. 92.
Cunningham 921.
Curati 428.
Curtis, Kephalalgie luetischen Ursprungs 807.
Curtis, H. 191.
Cusco 645.
Cutler, C. W., Hyperhidrosis 392.
— Lichen planus 504.
— Ekzema erythematosum 504.
Czokor 712.
Czerny 31.

Da-Costa-Leite, Tuberkulose des knöchernen Schädeldaches 1042.
Dahl E.-H. I, 20.
Dainsch 1000.
Danielssen 1000.
Darbouet, Retropharyngeale Drüsenanschwellung syphilitischen Ursprungs 430.
Darier 611.
— u. Jaquet, Hydradénomes éruptifs 106.
Darwin 6. 7. 9. 11.
Davaine 211. E.-H. II, 75.
Daviel 1042.
Debauge 428.
Debeck 198. 210.
Debove, Zur Pathogenese der Hydatiden-Urticaria 325.
— 648.
Decoster, Zur Behandlung der Vegetationen bei schwangeren Frauen 1096.
Defilippi 716.
Defontaine, Elektrischer Sonnenstich 327.
Dehio 1012.
Dehn, Referat 291.
Dejerine 423. 519. 1148.
Delavarenne 1043.
Delgado 457.
Delpech 430. 885.

Demargnay 123.
Demateis, Über die Ätiologie der Psoriasis 84.
Demme 97. 1129. 1145.
Denti, L., Infektiosität der Gonorrhöe 330.
De paul 643. 644.
Déperet 1199.
Derby 912.
Descroizilles 387.
Desmarres 199.
Desmet, Ed., Syphilis der Glasbläser — Syphilis ekthymatoulcerosa gravis 386.
Desnones 1122.
Despayme, Pityriasis palpebrarum infantum u. ihre Behandlung 327.
Desprès 207. 311.
Désormeaux 451.
Dessaigne 1047.
Dessoir E.-H. I, 6. 15. 16. 18. 19. 39. 41. 44. 45. 51. 57. 63.
Deubel 202.
Devergie 420. 559. 569. 572. 574. 623. 624. 635. 644. 826. 827. 843. 844. 980. 1192. 1199. E.-H. II, 21.
Devic, Über Lungensyphilis 643.
Dewitt, W. H., Scarlatina sine exanthemate 552.
Dezanneau, Hereditäre Syphilis in der 2. Generation 598.
Diday, V., Neue Theorie über die Vererbung der Syphilis 105.
— Über Cystitis 1250.
— 155. 156. 192. 207. 211. 428. 456. 648. 700. 805. 885. E.-H. II, 13. 22. 24. 34. 35.
Dieulafoy 105. 1201.
Dimmer 1248.
Disse 984.
— J., u. Taguchi, K., Kontagium der Syphilis 133.
v. Dittel, Steinschnitt 444.
— 98. 99. 100.
Dittrich, Rhinosklerom 444.
Doleris 1055.
Dolbeau E.-H. II, 92.
Doutrelepont, Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Kalomelöl und Ol. cinereum 1046.
— Syphilis u. Karzinom 96.
— 194. 285. 802. 865. 978. 979. 982. 991. 1145. 1233. 1238. 1239. 1241. 1242. E.-H. II, 58.
Dovrak 306.
Dowse, Stretch 14. 18. 19.
Doyen, Mikroorganismen des Erysipels u. des Puerperalfiebers 642.
Doyon 523. 611. 679. 685. 692. 1229. 1240.
Doyon, A., Besuch im Leprakrankenhause zu Scutari 1153.
Doyon, M., Fall von allgemeiner Pigmentsyphilis 1151.
Drasch 723.
*Dreckmann, Über Heilung eines Falles von Lepra nach der Unnaschen Methode 992. 1180.
— 993.
Dron 200.
Drummond, Syphilis des Zentralnervensystems 1006.
Drysdal 273. 276. E.-H. II, 34.
Dubb 647.
Dubois-Havenith, Referat 386.
Dubrenith 145.
Dubruty, Über den Herpes ocularis 1096.
Duckwort 34.
Duckworth 477. 481.
Duclaux 1199.
Ducrey, Ist Psoriasis eine übertragbare Krankheit? 34.
— Fall von syphilitischer Reinfektion bei einem Weibe 83.
— Über die vermeinte Kontagiosität der Psoriasis 796.
— 34.
*v. Düring, Beiträge zur Anatomie des Penis 1117.
*— Fall von Impftuberkulose 1128.
*— Fall von Lupus miliaris s. Aknelupus 1131.
*— Einwirkung des regulinischen Quecksilbers auf tierische Gewebe 1059.
— Nicht zerfliefsende Harnröhrenstäbchen 246.
*— Über Doppelkomedo 401.
*— Recidivierender Herpes zoster femoralis 509.
— Referate 133. 146. 234. 236. 237. 245. 283. 334. 362. 376. 382. 485. 534. 864. 917. 1203. 1247.
— 193. 287. 338. 502. 995.
Duffey 489.
Dugnet 391.
*Duhring, Louis A., Diagnose der Dermatitis herpetiformis 158.
— Fall von eigentümlicher linearer

Verteilung einer Hautaffektion von unbekannter Natur 189.
Duhring, Louis A., Dermatitis herpetiformis dem Erythema multiforme ähnelnd 283.
— 145. 335. 516. 596. 608. 609. 625. 626. 628. 629. 630. 631. 632. 634. 687. 688. 689. 693. 694. 842. 843. 844. 845. 846. 849. 850. 851. 853. 854. 855. 856. 1192. 1204.
Dukes 51.
Dulles 208.
Dumont, Denis E.-H. II, 7.
Dumont, D., E.-H. II, 116.
Dumreicher 640.
Dunlap, Kritische Besprechung einer klinischen Untersuchung über Ichthyol u. Resorcin 286.
Dunn, Glossy skin 1260.
Duplay 1042.
Dupoud, A., Syphilis der Nase u. der Fossae nasales 926.
Duprat 795.
Dupuytren 1197. E.-H. II, 21. 42.
Dusch, Über infektiöse Kolpitis kleiner Mädchen 1208.
Duthil 379.
Duvel 1201.
Duverney 1121.
Dwyer, O'., Intubation bei syphilitischer Stenose des Larynx 808.
Dzondi E.-H. II, 42.

Ebner, v., 1084. 1086. 1092. 1094.
Ebstein, Demonstration eines Kranken mit symmetrisch lokalisierten oberflächlichen Hautentzündungen u. gleichzeitig auftretenden Lähmungszuständen auf infektiöser (diphtheritischer?) Basis 791.
Eckart, A., Referate 325. 592. 638. 749. 863. 869. 1005. 1006. 1150. 1211. 1250.
Ecklund 996.
Edington, Ätiologie u. Therapie der Scarlatina 488.
Edington u. Jamieson, Bacillus scarlatinae 49.
Effinger 37.
Ehlers 711.
Ehrenberg 919.
Ehrlich, P., 31. 609. 861. 933.
Ehrmann, J., Jodoformium bituminatum 868.
Ehrmann, Halbseitige Neuritis spinaler Äste bei recenter Lues 277.
Eichbaum 1121.
*Eichhoff, P. J., Zur Kontagiosität der Alopecia areata 987. 1025.
— Referat 857.
— 988.
Eichhorst 412. 1026.
Eickhoff 285.
v. Eiselsberg, Keimgehalt von Seifen u. Verbandmaterialien 42.
— Nachweis der Erysipelkokken in der Luft chirurgischer Krankenzimmer 146.
— 145. 444. 1129. 1145. 1162.
Ellenberger 1121.
— u. Hofmeister, Über das Hydrargyrum salicylicum 930.
Elliot, G. T., Ekzema marginatum 945.
— Lupus vulgaris nasi 945.
— Verruköse Hauttuberkulose 1108.
— Doppelseitiger Zoster 287.
— Dermatologische Notizen 340.
— 337. 395. 505. 506. 847. 849. 938. 946. 1102. 1132.
Elsenberg, Ein Fall von Ekzem kompliziert mit Septikämie 649.
— Ekzema madidans kompliziert mit septischer Infektion 866.
— Fall von Urticaria pigmentosa 865.
Eltzbacher 875.
d'Emilio 29.
Empiricus 428.
Engel 723.
— Beziehung der angeborenen Phimose zur Entstehung von Hernien 1006.
— Entzündung des Hodens u. Nebenhodens nach Anstrengung der Bauchpresse 547.
— Über doppelte Harnröhre und angeborene Penisfistel 869.
— 278. 547.
Epstein, E., Beitrag zur Anwendung des Erythrophläins 363. 365.
— Injektionen von Hg-salicylicum bei Syphilis 995.
Erasme, Sofortige Naht der Urethra bei traumatischer Ruptur 1104.
Erasmus (Rotterdamus) 153. 157.
Erb, Über Myxödem 234.

Erichsen 139.
Ernis 282.
Eröss, Tripper bei einem 16monatlichen Kinde 386.
Eschricht 62.
Esmarch 231. 923.
Esmarch jr. 1009.
Esow 54.
Eulenberg E.-H. I, 9. 62.
Eyre 921.

Fabre 1043.
Fabry, Über gonorrhoische Schleimhautaffektion beim Weibe 1209.
Fagge, H. 424.
Falcone, T., Herpes labialis bei Abdominaltyphus 333.
— Nochmals der Gebrauch des Jodoforms in der Behandlung der akuten Gonorrhöe ohne Komplikationen 333.
— Zur Pathogenese des Gelenkrheumatismus 334.
— Akutes hereditäres angioneurotisches Ödem 291.
Falk 100.
Falloppia 151. 1043. E.-H. II, 91.
Falopius E.-H. II, 95.
Fano, Milchsäure gegen Lupus der Nasenhaut 549.
Faraoni E.-H. II, 89.
Farguhar 998.
Fehleisen 545. 588.
Fehling 1172.
Feilchenfeld 31.
Fellner 1251.
Fenn, Behandlung von Karbunkeln und Furunkeln 1253.
Fenwick 1216. 1217.
Féréol 923. E.-H. I, 12. 14. 62.
Fergusson 181. E.-H. II, 33.
Fernel 151. 154. 157. 209.
Ferrara, Späte Manifestationen der Syphilis 800.
Ferrari, Der Katheterismus bei syphilitischen Stenosen des Kehlkopfes 934.
— Histologische Untersuchungen über die Placenta einer an Lepra erkrankten Frau 289. 935.
Ferreire, Cl., Resorciniertes Traumaticin bei Lymphangitis erysipelatosis 107.
Ferrus, A. E.-H. II, 86
Feuer, N. 386.
Feulard, H., Herpetisches Fieber mit Erscheinungen abseiten der Haut und der Augen 598.
Finger, E., Über die Prinzipien der Behandlung der Syphilis 42.
— Zur Frage über die Natur des weichen Schankers und die Infektiosität tertiärer Syphilisprodukte 237.
— Über die sogenannte Leichenwarze (Tuberculosis verrucosa cutis) und ihre Stellung zum Lupus und zur Tuberkulose 321.
— Die Syphilis u. die venerischen Krankheiten 1248.
— Blennorrhöe der Sexualorgane u. ihre Komplikationen 534.
— Beitrag zur Kenntnis des Leukoderma syphiliticum 546.
— 36. 85. 156. 456. 858. 959. 1123. E.-H. II, 13. 20. 117.
Fink, Referate, 230. 277. 278. 289. 932. 1160.
Finkler 179.
Fischer 54.
Fischer, B., Kreolin 292.
— Mollin 343.
— Sozojodol 344.
— Mikroklysma 397.
— 947.
Fiorani, Sehr ausgebreitete Wundfläche u. Verpflanzung von Hautstückchen 936.
— Über einige Krankheitsformen der Harnblase 937.
Fiori, Purpura haemorrhagica bei Malaria 85.
Fisson, de 975.
Fleischer 207. E.-H. II, 65.
Fleischer, A., 487.
Fleischer, R., 979. 1234. 1244.
Flemming, W. 834. 838. 890. 891. 892. 893. 961. 1082. 1087. 1088. 1139.
Fleming, Scarlatina, Variola, Vaccine 488.
— Delhi-Geschwür 751.
Florand, P., Bemerkungen zur Abschwächung und Zerstörung des tuberkulösen Virus 922.
Florence, S., 846.
Flügge 177.
Förster 188.
Folinea E.-H. II, 26.

Formay E.-H. II, 72.
Fort, Le, Über die subunguale Schwiele 1159.
— 307.
Forzoni 390.
Fouchet 1041.
Fouquart 1053.
Fournier, A., Wiederkehrender Herpes der Zunge 1105.
— Infektion einer Familie durch eine Amme 1160.
— Die öffentliche Prophylaxe der Syphilis 917.
— Über das Ekzem der Genitalien der Diabetiker 445.
— Statistische Untersuchungen über den Ursprung der Syphilis beim Weibe 288.
— 14. 17. 18. 29. 76. 81. 144. 154. 184. 198. 200. 201. 205. 207. 271. 275. 286. 308. 309. 311. 338. 389. 430. 431. 560. 565. 609. 610. 611. 612. 613. 643. 644. 647. 678. 683. 685. 866. 882. 925. 982. 1043. 1068. 1071. 1148. 1152. 1202. 1230. 1240. E.-H. II, 7. 36. 38. 54. 114. 115. 117.
Fournier, H., Chronisches hartnäckiges Ekzem der Vulva bei kleinen Mädchen 326.
— Referat 325.
— 609. 677.
Fotiades, Elektrizität bei Tripperrheumatismus 650.
Fortunet, H. D., Fall von Lichen ruber 102.
— 619.
Fox, Chronisches Erythema multiforme 396.
— 287. 337. 395. 687. 827. 854. 1192.
Fox, G. H., Photographische Aufnahmen von Hauterkrankungen 1253.
— Einfluſs der Diät bei der Behandlung der Hautkrankheiten 701.
— Resorcin in der Behandlung der Akne 809.
— Diffuse karzinomatöse Infiltration der Haut 944.
— Erythema annulatum 946.
— Chron. Erythema multiforme 946.
— Lupus acneïformis oder lupusartige Akne 1101.
— Atrophie der Nägel 1102.
Fox, G. H., Sulpholeat of Sodium 337.
— Ichthyosis simplex 946.
— 847. 856. 945. 946. 1102. 1132.
Fox, Colcott 847. 848. 856. 914. 1176.
Fox, Tillbury 88. 509. 514. 517. 520. 616. 747. 847. 848. 849. 856. 998. 1132.
Fracanziani 204.
Fracastor 151. 200. E.-H. II, 95. 98.
Fränkel 1038.
Fränkel, B., Hautwarzen 1208.
Fränkel, C. 91. 919.
Fränkel, Eugen, Tracheal- und Schilddrüsensyphilis 97.
Fräntzel, O., Über Akromegalie 931.
Fraipont, Behandlung des Erysipels 546.
Fraisse 723.
Franck, Joseph 1149.
Franck, P. 643.
Francon 924.
Frédet 584.
Frey, Ludw., Heilung von Hypertrophia prostatae mit Injektionen von Jodoformäther 1150.
— Multiple Chondrombildung 138.
— Jodoform u. Erysipel 548.
Fricke E.-H. II, 33.
Friedberger 712.
Friedländer 145. 1162.
Fritsch-Bozeman 93.
Fritzsche, Die Sozojodoltherapie auf rhinolaryngologischem Gebiete 697.
Fröhner 293.
Frühling 947.
Fuchs 377. 983.
Fuchs, A., Über Myxödem 183.
— Zur Kasuistik der akuten hämorrhagischen Diathese 183.
Fürbringer, Zur Impotentia generandi 787.
— Masern 932.
— 1059. 1060. 1062. 1234. 1243. E.-H. II, 68.
Fürbringer, P. 979.
Fürnée 282.
Fuller 1102.
Fulton, Bland, Hornbildungen der Haut 753.
Funk, Referate 145. 648. 1161.

Funk 429.

Gaffky 330. 920.
Gaglio, G., Zersetzt der tierische Organismus das Jodkalium 800.
Gaillard 1053.
Gairdner 373.
Gaire, Dermatosen durch gefärbte Stoffe 189.
Galenus 428. E.-H. II, 91.
Galezowski 1096.
Galippe 207.
Gallois E.-H. I, 13. 57. 62.
Gamberini, Eine besondere periphere Neurose der Haut 797.
— Historisches u. Therapeutisches über die auf der dermatologischen Klinik zu Bologna behandelten Affektionen 799.
— Hydrosadenie, Lichen ruber und Ekzem 936.
— Hereditäre namentlich spät auftretende Syphilis 31.
— 330. 795. E.-H. II, 44. 78. 89.
Garnett, A. B., Behandlung spät auftretender Formen syphilitischer Neoplasmen 285.
Garnier 198.
Garrè 919.
Gautier 35.
Gawalowsky, Kreolin 947.
Gay 308. 309. 802.
Geber 261. 623. 640. 689. 916.
Geigel 1244.
Geisler, Ausscheiden von Jod durch die Nieren 804.
Gelpke 282.
Gemy 428.
Gendre, Le 1105. 1176.
Genzmer, E.-H. I, 29. 30. 32. 33. 46. 60.
Geoffroy 123.
Georgi 31.
Gérard, Pathogenese der varikösen Geschwüre 431.
Gerhardt 14. 80. 173. 174. 175. 176. 440. 1244.
Gerlach 713. 714. 922. 947.
Gevaert u. Claron, Neue Behandlung des Herpes tonsurans 387. 811.
Giacomi 802.
Gibert 635. 643. 680 684. 842. 847. 850. 856. 975.
Gibier 180. E.-H. II, 26.
Gilbert 312.
Giovannini, S., Untersuchungen über die anatomisch-pathologischen Veränderungen der Alopecia areata u. der Alopecia syphilitica 28.
— Untersuchungen über einige entzündliche u. emplastische Hauterkrankungen 102.
— Über die normale Entwickelung und über einige Veränderungen der menschlichen Haare 244.
— 1088. 1089. 1136. 1139.
Giraldès 430.
Girode, J., Fall von primärer Dermatitis exfoliatrix generalisata 1155.
Gironde 1197.
Girtanner 203.
Glisson 802.
Glück, Leop., Syphilis in Bosnien u. der Herzegowina 870.
Glurek 921.
Gmelin 154.
Godart, E., Chrysarobin oder Chrysophansäure des Handels 381.
Godefrey 921.
Goethe 154. 1090.
Goldscheider 733. 734. 1115.
Goldschmidt, F., Erythrophläin als Anästhetikum 362. 364.
Goldzieher, Syphilitische Konjunktivitis 386.
Goll, Behandlung der Gonorrhöe mit besonderer Berücksichtigung der Thallinpräparate 245.
— 1215.
Goltz 1250.
Gombault 1148.
Gosselin 137. 426. 1042.
Gottstein, Das Verhalten der Mikroorganismen gegen Lanolin 91.
Gougelet u. Rotillon, Allgemeines recidivierendes Erythema scarlatiniforme 103.
Gouguenheim 302. 644.
Gourges E.-H. II, 56.
Gowers 14. 73. 74.
Grabower, Über Kehlkopfsyphilis 1048.
Grässner, R., Über Elephantiasis 40.
Gram 369. 777. 802.
Grandval 795.
Grasset, Verschiedene Arten von

Ausfluſs aus der Urethra 1261.
Grasset 14. 20. 1148.
Graty 1146.
Graves 584. 644. 1042. E.-H. II, 33.
Grawes 1200.
Grawitz 545. 919. 1066. E.-H. I, 44.
Green 420.
Greenough, Häufigkeit des Schankers im Vergleich zu anderen Leiden 286.
— 287.
Greswich 11.
Griesingert 1055.
Grisolle 643. 1053.
Grödinger 309.
Groeningen, Tripperbehandlung mittels Spülkathetern 93.
Gronoald 1116.
Groſs, Gutta rosacea 1256.
— 1038.
Gruby 412.
*Gründler, H. u. P. Taenzer, Flora dermatologica, herausgegeben von P. G. Unna 817.
*— Über Pasten 991. 1029.
Grünfeld, Argyrie der Urethra 545.
Gruner 206.
Grussin, C., Beitrag zum Studium der akuten Cowperitis u. Pericowperitis 379.
Gschirrhakl, Über Urethroskopie 184.
— E.-H. II, 55.
Gubler, A. 137. 378. 1043. 1200. E.-H. I, 10. 11. 12. 13. 62.
Guéni, A. 430.
Güntz 44. E.-H. II, 65. 92. 93. 100.
Guersant 1149.
Guglielmini 1122.
Guibout 625. 679. 680. 683.
Guillery, Beiträge zur Sublimatfrage 591.
Guinaud 207.
Gujot 278.
Guire, J. C. M., Jodammonium-Exanthem 1099.
Gull 1174. 1179.
Gunyrat u. Broca, Das Erythem der Cholera 329.
Guthrie E.-H II, 33.
Guttmann, G., Ein Fall von Conjunctivitis syphilitica 439.
Guttmann, P. 367.
Guyon 36. 98. 278.

Hack, W. 979. 1234. 1245.
Hadden 1050.
Haegele, F., Fall von Papilloma neuroticum frontis 277.
Hagen 333.
Hager, Animale Lymphe u. Herpes tonsurans 436.
— 406. 453. E.-H. II, 89.
Hahn, E., Transplantation von karzinomatöser Haut 589.
— 875.
Halkin, Heilung von Sommersprossen 555.
Haller 138. 1122. 1148.
Hallibarton 1050.
Hallopeau, H., Angina pectoris auf syphilitischer Grundlage 288.
— Ungewöhnliche Reihenfolge der syphilitischen Symptome 181.
— Vegetierende u. atrophische Form von Jod-Pemphigus 1151.
— Allgemeinbehandlung der Syphilis 388.
— Lichen planus, insbesondere seine atrophische Form 389.
— 544. 560. 561. 563. 567. 569. 574. 606. 623. 685. E.-H. II, 58.
— u. Wickam, Eiterige Form von tuberkulösem Lupus 1157.
Halsted, W. S., 191. 1256.
Hamon, Beitrag zum Studium des Kephalohämatom 1040.
Hammonic, P., Venerische Erkrankungen bei den Juden der biblischen Zeit 107.
— Nicht spezifische oder Rectitis proliferans 426.
— 645.
Hanbrey-Benson 1001.
Handford, Fall von Pemphigus mit nachfolgender Arsenikpigmentierung 493.
Hansen, Armauer, Lepra 1116.
— 289. 450. 935.
Hardaway, W. A., Erfolge der Elektrolyse 806.
— 8. 392. 735.
Hardy, M., 205. 207. 333. 625. 635. 685. 687. 826. 827. 841. 843. 845. 849. 860. 861. 999. 1001. 1002. 1043. 1195.
Harley 1146.

Harlingen, van, 53. 140. 335. 687.
Harries, A. u. C. M. Campbell, Lupus, eine pathologisch-anatomisch und klinische Untersuchung seiner Ätiologie, Entwickelung u. Behandlung 432.
Harris 477. 481.
Harrison 497. 1146.
Harrison, Reg. 340.
Harttung, Verwendung des Ol. cinereum benzoatum zur Syphilisbehandlung 865. 1059. 1063.
Hartzell, M. B., Vorübergehende benigne Plaques der Zunge; Exfoliatio areata linguae 142.
Haslund, Bericht der dermatolog. Abteilung des Kommunehospitals 1886. 45.
— Tinea trichophytina maculosa 871.
— Multiple harte Schanker 107.
— 45. 206. 649. 887. 889.
Hasner 214.
Hasselt E.-H. II, 65.
Hassing E.-H. II, 73.
Hatzimichalis 1012.
Haushalter, Beitrag zum Studium des Erythema polymorphum 180.
— 211. 872.
Haussmann 209.
Havas 386.
Haversi 940.
Havrez 976. 1234.
Hayem u. Parmentier, Folgen der Gonorrhöe 1253.
Hebra, F. 33. 49. 148. 172. 194. 295. 337. 343. 389. 391. 415. 419. 420. 421. 422. 423. 425. 447. 458. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 524. 565. 566. 576. 577. 618. 622. 629. 635. 688. 689. 690. 692. 694. 814. 846. 854. 855. 856. 862. 906. 908. 910. 911. 915. 1163. 1171. 1172. 1192. 1257. E.-H. II, 53.
Hebra, H. v., Ichtyosis congenita 443.
— 578. 579. 580. 620. 766. 770. 969. 970.
Heddaeus, Manuelle Entleerung der Harnblase 1207.
Héguy 519. 520. 523. 576. 579. 828. 913.
Heitz, V., Beitrag zum Studium der bullösen Läsionen 427.
Heitzmann 691. 810. 837. 838.
Helferich, Zur operativen Behandlung der Elephantiasis 231.
Helferich 182.
Hellat 1012.
Heller, Franz, Akuter Jodismus 138.
— Zur Lupustherapie 638.
— 716. E.-H. II, 65.
Hendy 137. 430.
Henle 400. 836. 896. 900. 971. 1089. 1092. 1120. 1137. 1139. 1140. 1141. 1142. 1143. E.-H. I. 34. 47
Henning 1248.
Hennocque, Beitrag zum Studium des Favus der Haut 379.
Hérard, Syphilitische Ansteckung bei einem Manne von der Brustwarze ausgehend 102.
Héricourt 391.
Hering 984.
Hermann 717.
Hermann J. 266. 275. E.-H. II, 33.
Hermet 199.
Hérodinoff, Tertiär syphilitische diffuse u. disseminierte Myeloencephalopathien 1147.
Hertwig 1118.
Hervieux 275.
Herxheimer, K., Zur Behandlung des Lichen ruber planus 1045.
Hery, Thierry de, 209. 1147.
Heubner 13. 14. 15. 17. 72.
Heusinger 1197.
Heustaux 1197.
Hewitt 1116.
Hey 1199.
Heyde 155.
Heyfelder E.-H. II, 92.
Heyn 640.
Hiembert 428.
Hiérard 923.
Hiestand, E. M., Ist Lepra ansteckend? 139.
Hildanus, F. 204.
Hill E.-H. II, 33.
Hill, Berkley 269. 882. 884. E.-H. II, 51. 53.
Hillairet 565. 681.
Hillary 430.
Hilsmann, Zur Behandlung des Erysipels 542.
— 930.
Hjorth, H., Verbreitung des Favus in Norwegen 650.
— Idiopathisches multiples Pigmentsarkom 45.

Hjorth, H., Parasitäre Haarerkrankungen, speziell Favus 45.
Hippokrates 188. 428. 923.
Hirsch, Ein Fall von Myxödem 436.
— 108.
Hirschberg 42.
Hirtz, Aphthen 812.
Hodgkin 920.
Höfler, M., Volksmedizin u. Aberglaube in Oberbaierns Gegenwart und Vergangenheit 862.
— Heifswasserklystiere 750.
Hoffmann 430.
Hoffmann, E., Verbreitung der Tuberkulose durch unsere Stubenfliegen 872.
Hoffmann, G., Erythema toxicum 641.
Hoffmann, L, Behandlung der Syphilis durch subkutane Kalomelinjektionen 262.
— Referate 90. 231. 319. 434. 537. 587. 695. 787. 927. 1044. 1206.
Hofmann, W., Behandlung des eingewachsenen Nagels 864.
Hofmeister u. Ellenberger, Über das Hydrargyrum salicylicum 930.
Hoggan, G. u. F. 2. 341.
Hohnfeld 919.
Hoinville 1148.
Hollister, Clarence, Ulcus rodens durch Milchsäure geheilt 139.
Holstein, de, Jodoformätherein-spritzungen bei kalten Abscessen 1038.
Homelle 205.
Hoppe-Seyler 88.
Horn 643.
Hornkohl 575. 576. 577.
Horovitz, M, Mechanische Behandlung der syphilit. Psoriasis mucosae oris 548.
Horsley, V. 234. 1050.
Horteloup 428. E.-H. II, 47.
Howe, G., Succus alterans 1252.
Horwitz 311.
Howitz 644.
Hoyer 964.
Huelz, Zur Ätiologie der Ichthyosis 796.
Huet 1201.
Hüppe 177.
Hüter 193. E.-H. II, 25.
Hufeland E.-H. II, 42.
Hughlings 48.
Huguet, Wirkung der gonorrhoischen Entzündung auf die Nebendrüsen der glandulae Cowperi 1153.
Huitfeldt 150.
Hulot 312.
Humbold, A. v. 123.
Hunter, Ch., E.-H. II. 53.
Hunter, J. 428. 643. E.-H. II, 21. 24.
— Schmerzlose Entfernung der Naevi 51.
— 1147.
Huschke 723. 727.
Husemann 266. 275.
Hutchinson, J., Syphilis 1246.
— Zwei bemerkenswerte Fälle symmetrischer, purpurfarbiger, fleckiger Hauthyperämie mit Induration 1165.
— Carcinoma arsenicosum 493.
— Abortivbehandlung der Syphilis mit Hg cum creta 592. 754.
— Illustrationen für klinische Chirurgie 752.
— Lupus 744.
— Syphilis des Auges 751.
— Studium der Hautkrankheiten in Beziehung zu Allgemeinerkrankungen 46.
— Siegesbeckia orientalis als Antiparasiticum 51.
— 47. 144. 190. 273. 276. 285. 483. 527. 550 577. 578. 583. 883. 1042. 1179. E.-H. I, 21.
Hutchinson, J. jr., Die Zähne bei hereditärer Syphilis 490.
Hutchinson, Maklon 187.
Hutten, Ullrich von 153. 1147. E.-H. II, 83. 84.
Huxley 896. 962. 1137. 1140.
Hyde, J. N., Frühzeitig auftretende syphilitische Epididymitis 287.
— Fall von Xanthoma multiplex 285.
— Praktische Abhandlungen über Hauterkrankungen 1253.
— 287. 886. E.-H. II, 90.
Hyrtl 1123. 1124.
Hyvernaud, Behandlung der Kankroide mit Kalium chlorat. 1199.

Jackson, G. Th., Impetigo contagiosa 501.

Jackson, Henry, Scarlatina 807.
Jackson, J., Ichthyol u. Resorcin 284.
— Kleines pustulöses Skrofuloderma 287.
— Morphoea 396.
— Alopecie und deren Behandlung 452.
— 48. 286. 395. 1102.
Jackson, Q., Morphin als Ursache der Akne rosacea 1214.
Jacobi 805. 810.
Jacoud 1055.
Jacquet, B., Bemerkung zur Entstehung der Urticariaknötchen 1156.
Jacquet u. Darier, Hydradénomes eruptifs 106.
Jacusiel 1021.
Jagodin, A., 1014.
Jakowski, M., u. W. Matlakowsky, Über Rhinosklerom 145.
Jakowsky, Ein 2. bakteriologisch untersuchter Fall von Rhinosklerom 1161.
Jamieson, Lehrbuch der Hautkrankheiten 786.
— 38. 49.
— u. Edington, Über den Bacillus scarlatinae 49.
*Janowsky, V., Über Kraurosis vulvae 951.
— 297. 803.
Jarjavay 1122.
Jarisch, A., Prinzipien der topischen Ekzembehandlung 549.
— 635. 841. 1198.
Jausseux E.-H. II, 80.
Jeanselme, Lupusentwickelung an tuberkulösen Fisteln 1158.
Jeitteles 208.
Jenkins, Lee, Einige merkwürdige Folgen des Chinins 705.
Jennings, Jodoformexanthem 1103.
Jewel 509.
Illingworth, Behandlung des Scharlachs 50.
Impallomenti, T., Gonorrhöebehandlung 1106.
Ingria, E. V., Acidum salicylicum in der Behandlung venerischer Geschwüre 1112.
Jobert 1040.
Johns, Joseph 53.
Johnson 199.
Jones, Handfield 846.
Jones, H., u. Alderson, Myxödem 490.
Jourdain E.-H. II, 33.
Joseph, Max, Ätiologie und Symptomatik der Alopecia areata 319.
— Beiträge zur Lehre von den trophischen Nerven 434.
— Über Syphilisbehandlung 1210.
— Referate 53. 101. 107.
— 479. 583. 585. 587. 735. 776. 980. 1026.
Josias 208.
Jürgens, Zwei Fälle von Syphilis der Wirbelsäule u. der Rückenmarkssäule 698.
Julius, J. 108.
Jullian 1041.
Jullien 143. 428. E.-H. II, 19. 23. 26. 36. 42. 61. 62. 76. 78. 92.
Jumelin 613. 976. 1234.
Junker 1012.
Irminger 1215.
*Istamanoff, S., Über die Behandhandlung der infektiösen Urethritis mittels der Thallinantrophore 1215.
Iwanowsky, N. J. 111. 116. 117. 119.

Kämpfer 430.
Kalinski 1014.
Kammerer 143.
Kaposi, M., Über Mykosis fungoides 543.
— Über Erysipel 544.
— Erythrophläin, das neue Anästhetikum 363. 366.
— 37. 45. 82. 83. 182. 193. 271. 272. 275. 295. 320. 404. 447. 483. 509. 513. 517. 518. 519. 520. 521. 523. 546. 574. 576. 577. 580. 582. 596. 619. 620. 622. 623. 624. 639. 640. 679. 688. 689. 691. 692. 693. 694. 707. 746. 748. 810. 830. 911. 912. 913. 915. 1006. 1011. 1012. 1229. E.-H. II, 15. 28. 36.
Kaufmann 992. 1020. 1022. 1104.
Kaurin, Edv., Krankenhaus und Lepraabteilung zu Reknaes 1154.
— Fall von Lepra 103.
— 1000. 1001.
Karewski 367.
Karg 321.
Kassner, P., Das Öl der Hirsefrucht 873.

Kassner, P., Verhalten und quantitativer Nachweis des Quecksilberchlorids in Verbandstoffen 446.
Kedostoff 201.
Keen, W. W., Entfernung eines Katheterstücks aus der Blase durch Cystotomie nach vergeblichem Aspirationsversuch 497.
Kehrer E.-H. I, 44.
Kenner, Abortivbehandlung von Furunkeln u. Karbunkeln 1255.
Kenney 584.
Keyes, E. L., Krampfhafter Verschluſs des hinteren Urethralabschnittes 186.
— Hautbohrer 189.
— Sectio alta bei Blasentumoren und groſsen Steinen 284.
— 191. 287. 805. 881. 884. E.-H. II, 26. 66.
Khröv, C., Arthritische Anlage. Sind die Lipome arthritischen Ursprungs? 380.
King, E. E., Hydrocele 502.
Kinnier, D. F., Syphilitischer Wahnsinn 503.
— Ringförmiger Ausschlag auf der Zunge 189.
Kjoer, Sklerodaktylie 649.
Kirchhoff 1251.
Kirchmann 95.
Kiriac, J., Amputation des Penis 245.
Kirmesson 1038.
Kirsten, Th. A., Referate 393. 503. 941. 1099.
— 344.
Kisch 40.
Kittel, F., Dr. Unnas Behandlungsmethoden und neuere dermatologische Gesichtspunkte 186.
Kiwull, E., Pharmakologische Untersuchungen über einige Solvinpräparate 636.
Klamann, Mitteilungen aus der Praxis 92.
Klebs 870. 922.
Klein 50. 489. 635. 843. 845.
Klein, E. 904.
Klink 311. E.-H. II, 26.
Klotz, H. G., Klinische Beobachtungen über Endoskopie der männlichen Urethra 451.
— Klinische Diagnose des Lupus erythematosus der Hände u. Füſse 395. 503.
Klotz, H. G., 505. 946. 947. 1102.
Knight, Ch. H. 313.
Knoche, Merks konzentrierte Milchsäure, Anwendung in der Dermatologie 190.
Kobert, E., Therapeutischer Wert des Solvins 95.
— Über Naphtalol oder Betol 591.
— 890. 636.
Kobylin, W. A. 309.
Koch, R. 179. 364. 466. 467. 872. 920. 924. 933. 1157.
Köbner, H., Xanthoma multiplex entwickelt aus Naevis vasculosopigmentosis 867.
— Xanthoma multiplex planum tuberosum et mollusciforme pendulum 868.
Kölliker 62. 723. 768. 1092. 1094. 1118. 1123. 1125. 1244. 1252. E.-H. II, 26.
König, Franz 924.
Königstein, L., Versuche mit Erythrophläin 362. 365.
Kolbe 757.
Kolisko 544.
Koller, K., Erythrophläin 362. 364.
Kollmann, A. 722. 723. 726. 727. 729. 730. 732. 733. 734. 762. 763. 765. 766. 768. 1246.
Kollock, W., Fall von Lepra 805.
Kopp, C., Syphilis maligna 234.
— Kalomelinjektionen bei Syphilis 235.
— 979. 985. 1241. 1243. E.-H. II, 62.
Kortüm 293.
Koslavski 1014.
Koswiet 430.
Kotelnizki, M. 1014.
Kranhals 113. 115.
Kraus, H., Beitrag zur Kenntnis der Wirkung des Hg auf den Darm 540.
— 1021.
Kraske 193. 1042.
Krasnogljadow 1014.
Kratzschmer E.-H. II, 55.
Krause, C. 1122.
Krause, R. 970. 971.
Krecke, A., Syphilisbehandlung mit Kalomelinjektionen 235.
Kreis, E., Verhalten der Gonokokken zu Thallinsalzen 245.
— 1215.

Krelling, M., Extragenitale Lokalisation des Primäraffektes 382.
— 886.
Krevet, Zu kurze Haut (diffuse Sklerodermie) mit tödlichem Ausgang 376.
— Zur Therapie der akuten Jodoformdermatitis 435.
Kriser 488.
Krong 249.
Krysiewicz, Zur perinealen Drainage der männlichen Harnblase 322.
Küchenmeister 432.
Kühn, G., Behandlung der Syphilis mit Injektionen von HgO im Vergleich zum Kalomelöl 929.
Kühne, H. 1145.
Kümmel 487. 488.
Kundrat 379.
Kunkel, A. J., Temperatur der menschlichen Haut 1003.
Kupffer 834. 1135. 1142.
Kufsmaul 266. 275.

Labbé 645. 646.
Laborde, Kokainvergiftung 648.
— E.-H. I, 13.
Lacharrière, L. de 1147.
Laennec 643.
Lagneau, de 643. 644. 1147.
Lahmann 234.
Lailler, Ekzema palpebrarum 811.
— 211. 432. 533. 560. 564. 565. 623. 677. 678. 680. 681. 685. 861. 1228.
Lajoux 795.
Lallemand E.-H. II, 72.
Lambaco 1147. 1148.
Lambrois 130.
Lancéreaux 13. 116. 117. 119. 120. 121. 204. 205. 206. 207. 643. 921. 1043. 1095. 1148. 1200. 1201. E.-H. I, 14. 63. E.-H. II, 36.
Landau, Th., Beitrag zur Elephantiasis der männlichen Genitalien 590.
— Zur Kasuistik der chronischen Ulcerationen an der Vulva 1210.
Landerer E.-H. II, 65.
Landgraf, Über chronischen Merkurialismus 324.
Landois 450.
Landrieux 644.
Lanelongue 1197.
Lang, Ed., Über die Verwendung des grauen Öles in der Syphilistherapie 794.
— Syphilis und Karzinom 549.
— Über die Anwendung des Oleum cinereum 1207.
— 34. 207. 545. 865. 995. 998. 1012. 1046. 1116. 1210. 1251. E.-H. II, 51.
Langebek 150.
Langenbeck 550.
Langer 719.
Langerhans 894. 895. 905. 963.
Langgaard, Sozojodolpräparate 1048.
Langlebert, E. 200. E.-H. II, 42.
Languetin 714.
Langston E.-H. II, 47.
Launé, Behandlung der Blennorrhagie 192.
Lapayronie 1042.
Laplace 146.
Läufer u. Zwillinger, Lepra der Nase, des Rachens u. des Kehlkopfes 1006.
Laumet, P., Zusammenhang von Hauteruptionen u. Eiterung 1146.
Laurent, E., Gesichtserysipel 699.
Larrey 430.
Lassabatie, Einige nicht venerische Erkrankungen der Geschlechtsteile in den heifsen Zonen 926.
Lassar, Über Lupusbehandlung 989.
— Kulturaufgabe der Volksbäder 996.
— 33. 34. 182. 344. 412. 445. 529. 594. 781. 782. 916. 979. 986. 988. 990. 993. 994. 1026. 1029.
Latta, J. M., Dermatitis venenata 1102.
Lavarenne, de, Fall von Lues hereditaria tardiva 145.
Laveau E.-H. I, 14. 17. 41. 62.
Lavergne, F. 198. 199. 389. 520. 523. 524. 579. 581. 617. 828. 830.
Laveron 1055.
Layet 921.
Lazansky E.-H. II, 80.
O'Leary 51.
Lebeuf 866.
Lebert 118. 1097.
Lebland E.-H. II, 46.
Lebouroux, A., Beitrag z. Studium des sogenannten „Piod de Madura", einer Trophoneurose 921.

Ledetsch, N., Zur Therapie des Trippers 641.
Lediard E.-H. I, 27. 63.
Lee 881. E.-H. II, 12. 19. 36. 47.
Leent, van 998.
Lefort, Leon 917.
Leger, H. 1251.
Legoux, Übermäfsiger Fufsschweifs 1106.
Lehmann, O., Zur Immunität gegen Masern 588.
Lehrsch E.-H. II, 99.
Leigh, Richmond 845. 846.
Leisering 713.
*Leloir, H., Organisation des Unterrichts in der Dermatologie u. Syphiligraphie auf den deutschen und österreichisch-ungarischen Universitäten 972. 1227.
— Zur Ätiologie der Alopecia areata 857.
— Beitrag zur Gemeinschädlichkeit der uneingeschriebenen Mädchen 1155.
— Zur Ätiologie des Lupus 1158.
— Über die Verimpfung der Lepra auf Tiere 180.
— Neue Vorlesungen über Hautleiden nervösen Ursprungs. Dermatosen infolge heftiger Gemütserschütterungen 107.
— 81. 144. 157. 180. 191. 199. 200. 204. 205. 207. 208. 370. 373. 374. 427. 429. 596. 882. 885. 988. 999. 1000. 1002. 1026. 1028. 1039. 1040. 1043. 1095. 1097. 1198. 1199. 1200. 1201. E.-H. II, 28.
Lemoine 525.
Lemonnier, Syphilitischer Diabetes 1154.
— 643.
Lender 1005. 1006.
Lendrieux 1201.
Leplat 1038.
Lersch 131.
Leube 41. 1244.
Leudet 646. E.-H. II, 36.
Leyden 14. 72. 1250.
Lermoyez, Erythema vesiculosum universale nach Terpentineinreibungen 328.
Leroy, Wirkung des Akonitins bei Cephalaea syphilitischen Ursprungs 102.
Lesage, E., Uber Schanker infolge von Bifs 431.
Leser 1129. 1145. 1158.
Lesin, P., Impfversuch mit Syphilis an Pferden 801.
Lesser, E., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 134.
— Beitrag zur Lehre von den Arzneiexanthemen 540.
— 276. 382. 863. 917. 979. 1233. 1241. 1243.
Letzel, G. 182. 987.
Lettsom 201.
Levallée, M., Falscher „Hutchinson"-Zahn 106.
Leviseur, Referate 1007. 1211. 1213.
— 417.
Leweke, W. A. 314.
Lewentaner 201.
Lewin, G., Argyrismus bei Silberarbeitern 144.
— 180. 462. 794. 905. 979. 981. 1233. 1235. 1241. 1242. E.-H. II, 24. 53. 55. 71. 89.
Lewin, L., Das Hayagift und das Erythrophläin 363.
— Das Erythrophläin 363.
— Über allgemeine u. Hautvergiftung durch Petroleum 789.
— 1257
Lewinski 718. 719. 720. 721. 722. 723. 762. 763. 769. 979.
Lewis, D., Ulceration an der behaarten Kopfhaut 396. 506.
— Behandlung von Epitheliomen mit schwachen Ätzmitteln 342.
— Chiosterpentinöl bei Karzinom 1251.
Lewis, D. 506. 921.
Liebermann, C., Leukostufen der Antrachinonfarbstoffe 454.
— Über therapeutische Ersatzmittel des Chrysarobins 454.
— 488.
Liebermeister 76.
Liebreich, Über die Wirkung der N-Cassarinde u. des Erythrophläins 363.
— Haya u. Erythrophläin 363. 368.
— 91. 905. 1019. E.-H. II, 50. 58.
Liégois E.-H. II, 54. 66.
*Lier, E., Kreuznacher Mutterlauge und Chlorcalcium in der Therapie der Hautkrankheiten 347.
— Referate 86. 786.
— 13. 173. 230. 758.
Lima, S. 136.

Limbeck, R. v., Zur Biologie des Mikrokokkus ureae 41.
Linhart, H., Ol. Santali indicum bei Gonorrhöe 546.
Linn, M., Syphilis hereditaria 598.
Linné 200.
Lionville 924.
Lipez 1009.
Lipp E.-H. II, 71.
Ljungren 114.
Lister 1105.
Littré 659. 787. 1121. 1122.
Livingstone 87. 751.
Lloyd 273. 276.
Lobera 206.
Lodewyk 280. 281.
Löwe, L., Zur Anatomie der Psoriasis 38.
Löwenberg, B., Über Natur und Behandlung des Furunkels, besonders im äufseren Ohre 792.
Loewenhardt, Zur praktischen Verwertung des Erythrophläins 363. 367.
Lohnstein, H., Behandlung der infektiösen Urethritis durch Antrophore 438.
— 1215. 1216. 1217. 1218.
Lombardini 716.
Lomet 1199.
Lorain 644.
Lorenz, A., Über den inneren Gebrauch des Ichthyols 793.
— 703.
Lostorfer 98. 648.
Louis 923.
Loustalot 976. 1199.
Louvrier 267. E.-H. II, 48.
Love, J. N., Verdünntes Wasserstoffsuperoxyd bei scarlatinöser Diphtherie 807.
Lubimow, Borofuchsin zum Färben der Leprabacillen 801.
Luca, de, Neue Experimente zur Syphilistherapie 799.
Lucerda 281.
Ludwig E.-H. II, 68.
Lübbert, A., Die α-Oxynaphtoësäure 636.
Lübbert u. Schneider, Quecksilberalbuminat 812.
Lugol 82. E.-H. II, 72.
Luisinus 152. 204.
Lukin 112. 115.
Lukrez 429.
Luschka 767. 869. 1125.
Lustgarten, S., u. J. Mannaberg, Die Mikroorganismen der normalen männlichen Urethra und des normalen Harnes, mit Bemerkungen über Mikroorganismen im Harne bei Morbus Brightii acutus 241.
— 98. 544. 559. 623. 802. 827. 864. 865. 1210. 1258. E.-H. II, 45. 46. 109. 110.
Lutton 1063.
Lutz, A., Referat 368.
— 622.
Lutze 948.
Lydston, Syphilis mit sehr kurzer Inkubationsperiode 1213.
Lyon u. Tenneson, 2 Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring 1151.

Mackenzie 312.
Mackenzie, St., Kongenitale elephantoide Leiden 490.
— 617. 854.
Magruder, G. L., Sekundärer Scirrhus des Os sacrum 807.
Majocchi, Sprofspilz in der Haut von Pellagrakranken 940.
— Neubildungen von Knochengeweben in den Wundgranulationen 940.
— Multiple periaurikuläre Hautteratome 33.
— 29. 32. 34. 81.
Maison, Subkutane Injektionen von Jodoform mit Eukalyptol bei Hautkrankheiten 1256.
Malassez 412 482. 551. 923.
Mallez 1038.
Mannaberg, J., u. S. Lustgarten, Die Mikroorganismen der normalen männlichen Urethra und des normalen Harnes mit Bemerkungen über Mikroorganismen im Harne bei Morbus Brightii acutus 241.
Manasse, Über Myxödem 793.
Manassei, Zur heutigen Therapie der Hautkrankheiten 862. 993.
— Die elektrolytische Behandlung der Syphilis 939.
Mannino, Klinische Geschichte eines Falles von vererbter Spätsyphilis, den sogenannten syphilitischen Pseudo-Tumor albus vortäuschend 29.

Mannino, Abortivbehandlung der Lues durch rechtzeitige Kauterisation des Ulcus specificum mittels des Paquelinschen Thermokauters nach vorausgegangener Kokainanästhesie 81.
— Resorcin u. Hautepitheliome 82.
— 429.
Mansa 150.
Manssurow, N., Mechanische Behandlung der Pityriasis versicolor 507.
Manzieri und Boccolari, Therapeutische Anwendungen der elektrischen Kataphorese 1113.
Maphoon 9. 11.
Mapother, E. D., Lagerungsverhältnisse als Ursache der Elephantiasis 447.
Marcacci, Lepra tuberculosa 449.
— Vasomotorische u. sensible Neurose der Fufssohle (Erythromelalgie) 450. 1098.
Marcellius 428.
Marent, C., Beitrag zum Studium des Myxödems 377.
Margoniner 207.
Marie, Jean, 430.
Marianelli, Tuberkulöse Hautulceration am Perineum 933.
Marjolin 1040.
Markuse, J., Über den jetzigen Stand der Syphilis- u. Smegmabacillenfrage 864.
Marsh, J. P., Beweis der Nichtidentität des Ulcus durum u. Ulcus molle 810.
Marshall, J., E.-H. II, 51.
Martens, G., Beiträge zur Kenntnis der Antiseptika 791.
Martin 922. 923.
Martin, C. A. 1251.
Martin, Ed., Das Ichthyol in der Chirurgie 703.
Martineau 286. 309. 312. 871. 923. 1160. E.-H. II, 54. 58. 62. 116.
Martini E.-H. II, 51. 72.
Marza, Kalomeleinspritzungen. Anatomische u. experimentelle Untersuchungen als Beitrag zur Ätiologie des Eiters 85.
Masnari 281.
Massa, Nic. 204. 1043.
Matlakowski, W., u. M. Jakowski, Über Rhinosklerom 145.
Matterstock 979. 1240. 1244. E.-H. II, 110.
Maunder 1146.
Maunoiz 644.
Mauriac, Charles, Tertiäre Haut- u. Unterhautsyphilis der Harn- u. Geschlechtsorgane 101.
— 192. 307. 308. 309. 310. 338. 595. 1039. E.-H. II, 19. 26. 36. 42. 45.
Maury 208.
Mavrikos, Beitrag zum Studium des Erysipels bei Neugeborenen 1041.
Maynardus 152.
Mayor, A. 617.
Mazotti, Antipyrinexanthem u. Ausbruch von Herpes zoster über demselben 1110.
Mégnin 711. 716.
Meibohm 1124.
Meinert, Fr., Lucilia nobilis als Hautschmarotzer 636.
Melle, Über eine neue rasche Färbungsmethode der Rhinosklerombacillen 82.
Melmsten, Spondylitis cervicalis luetica 649.
Mendel 14. 19.
Menerault, J., Syphilis hereditaria tardiva 105.
Menut, M., Virulenz des Bubo, der im Gefolge des weichen Schankers auftritt 428.
Meurer, Syphilismikrobie 648.
Méricourt, le Roy de 917. 998. 1000. 1001.
Mercier 789.
v. Mering 1020. 1047.
Merkel 891.
Merklen, P., Leon Bassereau 180.
— 685.
Mertsching 1135. 1136. 1137. 1138. 1139. 1140. 1141. 1142. 1143.
Méry, J. 193.
Merz, Neue Fortschritte in der Elektrolyse 1211.
du Mesnil, Fall von allgemeinem Merkurialexanthem 863.
— Erythema nodosum 1249.
Meyer 846.
v. Meyer 1129. 1145.
Meyer, G., Zur Wirkung des Ichthyols 793.

Meyer, L., Scarlatina haemorrhagica 1148.
Meyer, Willy, Impftuberkulose infolge ritueller Zirkumzision 283.
Meynert 445.
Mibelli, V., Deferentitis gonorrhoica ohne Epididymitis 1111.
— Fall von Urticaria pigmentosa 938.
— Zur Ätiologie der Alopecia areata 32.
— Über den Sitz von Mikrophyten in der normalen menschlichen Epidermis 1161.
— Eine seltene Form des Hymen 1161.
— Heilung des Favus durch Kupferoleat 1161.
— Fall von Rhinosklerom 1161.
— 735.
Michaud 647.
Michel 8. 922.
Michelacci 246.
Michelson, P., Heinrich Bohn 398.
— 10. 11. 319. 398. 483. 526. 555. 583. 980. 1002. 1026.
Mielck, W. H., Chloroform als fäulniswidriges Korrigens 452.
— 1032.
Mikulicz 145. 444. 1038. 1039. 1162.
Milton 160. 635. 694. 849.
Minas 921.
Mira, G. 1014.
Mireur 155. 205. 206.
Mitchel, J. K., Komedonenbildung als Folge des Einflusses des Petroleums auf die Haut 1257.
Moclallier 312.
Mohr 446. 875.
Moissenet 647.
Molènes-Mahon 180.
Moleschott 837. 984.
Mollière, H., Klinische Studie über Purpura 104.
— 924.
Momidlowski, Über die Adamkiewiczschen Nervenkörperchen 1250.
Monad 98.
Moncorvo 137.
Mondieri 1149.
Monin, Pigmentationen während der Schwangerschaft 1106.
Montagne 31.
Monti, A., Verhalten der Schleimhäute bei akuten Exanthemen 277.
Morel-Lavallée, Verzeichnis der extragenitalen Schanker 1152.
— 2 Fälle von verrukóser Hauttuberkulose. Subkutane Jodoformbehandlung der nicht ulcerativen Hauttuberkulose u. Skrofulose 596.
— Zwei Fälle von extragenitalem Schanker 181.
— 199. 210.
Morfan, A. B., Hemiplegie bei einem 5 monatlichen hereditär syphilit. Kinde 145.
Morgan E.-H. II, 13.
Morgagni 203. 659. 1122. E.-H. II, 26.
Morison, R. B., Elephantiasis Arabum 447.
— Lichen 447.
— Leucopathia unguium 382.
Morphy, J. 7.
Morris, Malcolm, Fall von kongenitalem Pemphigus 752.
— 681. 854. 1175. 1176. 1179.
Morris, R. T., Hühneraugen 809.
Morrow, P. A., Pityriasis rubra mit pustulösen Affektionen bei einem mit Psoriasis Behafteten 336.
— Miliare papulöse Syphilis 505.
— Mechanisch chirurgische Behandlung von Hautkrankheiten 944.
— Idiosynkrasie als Hindernis für spezifische Syphilisbehandlung 284.
— Dauer syphilitischer Infektion in bezug auf das Heiraten 190.
— 191. 286. 287. 337. 504. 505. 616. 694. 808. 880. 883. 944. 1102. 1258.
Mosettig-Moorhof, Therapie der Verbrennungen 236.
— 548. 701. 932.
Mosler, Fr., Über Myxödem 589.
Mossa 1147.
Mott u. Sangster, Pemphigus mit Veränderungen in den peripheren Nerven 1007.
Moulard 1044.
Moynier 1149.
Mraček, Franz, Die Elephantiasis infolge von Syphilis u. das Syphiloma hypertrophicum diffusum 1249.
— 311. 312. 889.
Müller 713. 736. 772. 779. 894. 903. 965. E.-H. II, 66.
*Müller, Gg., Hauterkrankungen bei den Vögeln 711.
Münch 1015.
Mulder 126. 127.

Munk, W. 644.
Muskett, E., Lokale Behandlung der Pustula maligna u. Anthrax mit Ipecacuanha 550.
Mussy, G. de 1053. 1149.
Muys 199.

Nachtigall, Behandlung der Gonorrhöe mit Thallin-Antrophoren 321. — 1216.
v. Nathusius 1135. 1144.
Nedopil 272. 276.
Neelsen, F., Einige histologische Veränderungen in der chronisch entzündeten männlichen Urethra 237.
— 653. 657. 667. 873. E.-H. I, 30.
Neely, E. A, Keratosis follicularis mit hochgradiger Tylosis der Fufssohlen u. Hohlhände 943.
Nega E.-H. II, 60.
Negel 617.
Neifser, A., Über einen merkwürdigen Haarausfall bei einer Hysterischen 439. 873.
— Die neuesten Fortschritte in der Syphilistherapie 440.
— 43. 143. 185. 235. 262. 263. 330. 331. 384. 450. 461. 544. 640. 657. 658. 865. 866. 978. 979. 985. 995. 998. 1000. 1063. 1208. 1233. 1235. 1241. 1243. E.-H. II, 28. 36. 115. 117.
Nelaton 322. 497.
Nencki 390.
Neudörfer 947.
Neuhaus, Elektroendoskop 1050.
Neumann, E., Beiträge zur Kenntnis der pathologischen Pigmente 245.
Neumann, J., Behandlung der Syphilis mit Kalomelinjektionen 441. 548.
— Copaiva-Exanthem 442. 548.
— Postkonzeptionelle Syphilis. — Geht die während der Schwangerschaft acquirierte Syphilis auf das Kind über? 236.
— Welches sind die anatomischen Veränderungen der luetischen Haut nach Ablauf der klinischen Erscheinungen? 237.
— Die verschiedenen Reproduktionsherde des syphilitischen Virus 278.
Neumann, Beitrag zur Kenntnis der Myositis syphilitica 383.
— Atlas der Hautkrankheiten 37.
— 38. 277. 295. 339. 425. 447. 514. 515. 517. 518. 524. 577. 689. 828. 868. 907. 908. 910. 911. 913. 916. E.-H. II, 38. 65.
Neufs, Über Jodoform 1261.
Nettleship 210. 938.
Newman, Vorgänge der elektrolytischen Behandlung der Urethralstrikturen 1255.
Nichols, J. A., Gangrän durch subkutane Kokaininjektion 808.
Nicoladoni 547.
Nicolich, Spezifische Myelitis 549.
Niélly 430. 921.
Nielsen 649.
Nielsen, Ludwig, Fall von Sklerodermie u. Sklerodaktylie 45.
Niemeyer 1055.
Niesel, Max, Über die Anwendung der Kampfersäure bei Katarrhen verschiedener Schleimhäute 1208. — 125.
Nitze 656. 1164.
Nitsche 716.
Nivet, Blennorrhagie 289.
— Über die relative Häufigkeit der verschiedenen Arten der extragenitalen syphilitischen Schanker 1202.
— Macula atrophica cutanea nach interstitieller Resorption eines sekundären generalisierten Syphilids 180.
— 198. 959.
Nizzo, Histologische Untersuchungen bei Lupus erythematosus vor und nach der Anwendung von Ungt. neapolitanum 83.
Nocard 326.
Nodet 626.
Nörner 711. 716.
Noirot 1149.
Nordau, Max 12.
Norris 1140. 1142.
Nothnagel 984.
Novello, A., Hyperidrosis des Handrückens und des unteren Endes des linken Vorderarmes 1113.
Nufsbaum, Blauschwarze Färbungen der Haut 52.
— Jodoformkollodium 52.
— Ichthyol 193.

Nufsbaum, Mastdarmfisteln 193.
— Über den inneren Gebrauch des Ichthyols 232.
— Über Erysipel 236.
— Hautwunden 874.

Obalinski, Zur Kenntnis des Harnfiebers 278.
Oberländer, G., Über die papillomatöse Schleimhautentzündung der männlichen Harnröhre 245.
*— Zur Pathologie u. Therapie des chron. Trippers 653.
— Veränderungen der Vaginalschleimhaut von an chron. Gonorrhöe leidenden Prostituierten 384.
— Berichtigung 1164.
— 237. 862. E.-H. II, 52. 68.
Oberlin 959.
Obtulowitz 517. 521. 909. 911. 916.
Ocker 1200.
Odmansson, Krankhafte Veränderungen der Glandulae iliacae externae bei Inguinalbubonen 184.
Oedmansson E.-H. II, 26.
Oehl 723. 900. 971.
Oesterlen E.-H. II, 65.
Ogada 281.
Ohlshausen E.-H. I, 59.
*Ohmann-Dumesnil, Über Doppelkomedo 57.
— Ungewöhnliches Auftreten von Eruptionen auf der Haut nach Kubeben u. Copaiva 285.
*— Doppelte Primärsyphilide à distance 877.
— Umschriebene erworbene Hypertrichosis in der Lumbargegend 503.
— Hypertrichosis infolge von Allgemeinerkrankung des Nervensystems 1211.
— 395. 401. 404.
Oidtmann 397.
Olaus, P. 150.
Ollivier 564.
Ord, Bericht der Myxödemkommission 1050.
Ortmann 1000.
d'Oruellas, Spontangangrän der Finger infolge von Arteriitis syphilitica 598.
Osborne 1200.
Osler, W., Diagnose der Pocken 1211.
Otis, F. N., Dilatation von Urethralstriktur von grofser Ausdehnung in der Tripperbehandlung 188.
— 287. 879. 958.
Oudemann 551.
Overbeck, A. 130. 266. 275. E.-H. II, 65.

Pacini 730. 801.
Page, Auskratzung des Karbunkels 1105.
Paget, J., Krebs und karzinomatöse Erkrankung 447.
— Interessante Nagelaffektion 456.
— 275. 276. 708. 1095. 1146. 1197.
Pajor, A., Anwendung des Kokain bei Haut- u. Syphiliskranken 545.
— Urethritis membranacea 593.
— E.-H. II, 109.
Pallarez E.-H. I, 20. 63.
Pallotta, G., E.-H. II, 85.
Palomba 334.
Paltauf 145. 321. 444. 1108. 1162. 1213.
Pankritius 644.
Paracelsus 154. 1043. 1147.
Parafianowitch, Hyperidrosis circumscripta 495.
Pardova 155.
Paré, A. 206.
Parker, K., Akute infektiöse Endokarditis mit multiplen Embolien der Haut 492. E.-H. II, 47.
Parmentier u. Hayem, Folgen der Gonorrhöe 1253.
Parrot 144. 644. 922. 923. 1042. 1054.
Paschkis E.-H. II, 68. 73.
Passet 920.
Pasteur 922. 999. E.-H. II, 95.
Paues 1197.
Paul, Constantin 1000.
Paulini 203.
Paulson, Fr., Beitrag zur Kenntnis der Lepra in den Ostseeprovinzen Rufslands 368.
— 1012.
Pauly, Julius, Referate 37. 41. 52. 98. 138. 181. 193. 196. 245. 276. 279. 386. 443. 506. 543. 550. 637. 639. 642. 650. 699. 794. 812. 862. 873. 1006. 1007. 1052. 1211. 1248. 1250.
— 345. 711. 1057.

Pautry, H. 617. 684.
Pawlowsky, A., Über die Mikroorganismen des Erysipels 541.
Payne 680. 681. 682. 854.
Pekelharing 551. 642.
Pelizzari, Methode zur Erzeugung lokaler Anästhesie 83.
— 31. 32. 36. 199. 200. 205. 207. 208. 273. 276. 290. 933. E.-H. II, 89.
Pellicani E.-H. II, 75.
Peltier, L., Beitrag zum Studium der Elephantiasis Arabum 429.
Penkin, E., Zur Therapie der Paraphimose 802.
Penn, Behandlung des Herpes tonsurans mit Salicylsäure 1252.
Penny 496.
Pereira, V. 136.
Perey 1043.
Perier 98.
Perl, M., Implantierte Watte 139.
Peroni, Herpes tonsurans maculosus et squamosus 83.
— 32.
Perrin 198. 199.
Perry, J. G., Caruncula urethralis 809.
Perry, R. S. P., Öl-Spray-Behandlg. der Hautkrankheiten 141.
Persy, Beitrag zur Kenntnis der kutanen Erscheinungen bei der Uraemie 1200.
*Petersen, O., Versuch einer pathologisch anatomischen Statistik der visceralen Syphilis 109.
*— Über extragenitale Syphilisinfektion (Ulcus induratum der Tonsille) 307.
*— Lepra in Rufsland 991. 1011.
— Referate 801.
— 98. 115. 116. 117. 119. 488. 950. 986. 992. 993.
Petit, J. L. 193. 1041. E.-H. II, 23.
Petrini, Recidivierende Hydroa bulleux de Bazin 598.
Petrone, Infektiöse idiopathische Purpura haemorrhagica 1113.
— 143.
Pétry 208.
Peyer 260.
Pfeiffer, L. 1129. 1145.
Pfitzner 838.
Phélisse, Über die Myome der Haut u. des Unterhautzellgewebes 1097.
Philipott, J. W., Fall von Prostatastein 141.
Philipp, Lithotrypsie mit Hilfe des Kokain 1104.
Philipp, H., Multiple sarkomatöse Geschwülste in der Haut (Sarcoma molluscum) 38.
Philippeau, A., Beitrag zum Studium der Epulis 380.
Philippi, Behandlung des Ulcus cruris 752.
— Referate 432. 434. 443. 447. 451. 805. 1251.
— 497. 554. 706. 749. 755.
Philippson, Beitrag zur Lehre vom Fibroma molluscum 232.
Phoset, Moung 9.
Piana, Struktur dreier Korneome 85.
Pick 182. 183. 385. 488. 549. 640. 957. 988. 989. E.-H. II, 12. 28. 81.
Pickel E.-H. II, 81.
Pierret, Narben nach Syphilis 647.
— 648.
*Piffard, H. G., Salz in der Hygieine der Haut u. der Therapie der Hautkrankheiten 223.
— Momentphotographie 337.
— Morphoea 396.
— Erleichterte Hautphotographie 393.
— Behandlung von Lupus 808.
— Favus bei einem kleinen Kinde 1102.
— 181. 337. 516. 694. 882.
Pignot 686.
Pihoret E.-H. II, 48.
Pilley, Rob., Fall von Pemphigus der Conjunctiva 1007.
Pinner, Beitrag zur Histologie des breiten Kondyloms 323.
Pitha 261. 275.
Pitres 427. 499.
Pitt 593.
Plenck E.-H. II, 42.
Plenk 420.
Plinatus 310.
Poel, van der 456.
Pohl-Pincus 1144.
*Pollak, Alois, Beiträge zur Kenntnis der Frühformen der Larynxsyphilis 297.
Pollak u. Török, Über die Entstehung der homogenen Harncylinder u. Cylindroide 1004.

*Polotebnow, A., Über Erysipel 214. 249.
— 621. 1015.
Pomorski, Rankenneurom der Interkostalnerven mit Fibroma molluscum u. Neurofibromen 538.
Poncet, A., Impetigo sycosiformis des Daumens u. der facies dorsalis der rechten Hand 143.
— 210. 646.
Ponté 205.
Pontoppidan, E., Behandlung der Syphilis mit unlöslichen Quecksilbersalzen 185.
— Referate 44. 184. 551. 649. 870.
— 887. 889. E.-H. II, 30.
Poor, E. 276. 344. 420. 517. 518. 906.
Poray-Koschitz 198.
Portaller, P., Tertiäres Ulcus der Vorhaut, das einen primären Schanker vortäuschte 1157.
Posner, C., Über Propeptonurie 591.
Pospelow 389. 456. 577. 578. 616. 617. 621.
Posselt, Carl 979. 985. 1243.
Pouchet, G. 381.
Poulet 1042.
Powen 50.
Pozzi, S. 924. 1095.
Preisz 916.
Prettyman, J. S., Ist eine prolongierte Merkurialkur ratsam bei Syphilis? 1213.
Prévost 1020.
Priessnitz E.-H. II, 104.
Profeta 156. 211. 1000.
Proksch 152. 154. 266. 275.
Proust 193.
Proux, A., Beitrag zum Studium der Paraplegia praecox auf syphil. Grundlage 925.
Puche 881. E.-H. II, 77.
Purkinje 723. 727.

Quénu 1038.
Quesnay 1042.
Quinke 248. 291. 444. 445. 594.
Quinquaud 562. 563. 677. 685. 1201.

Rabl, J., Lues congenita tarda 276.
Rabuteau E.-H. II, 74.
Racle 844.
Raffin, Lupus der Nase 701.
Raillet 715.
Rake, Beaven, Lepra non tuberculosa 489.
Ranking, Ulcus tropicum 495.
Ranvier 230. 275. 613. 614. 615. 644. 720. 761. 762. 826. 833. 834. 835. 836. 838. 839. 840. 841. 872. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 905. 963. 964. 996. 1041. 1143. 1203.
Rasori E.-H. II, 26.
Rathery 1095.
Rauchfufs K., 315.
Raudin 1043.
Ravogli 449.
Rayer 635. 826. 843. 941. 980. 1043. 1053. 1200. 1235. E.-H. I, 8. 19. 20. 37. 41. 44. 57. 62. 63.
Raymond, Paul, Herpes exfoliativus malignus nach Psoriasis 102.
— Entwickelung des Epithelioms aus unvernarbtem Lupus 103.
— 609. 938. 1153.
Raynaud 47. 83. 498. 499. 806. 1167. E.-H. I, 6. 11. 12. 13. 14. 15. 17. 18. 22. 27. 39. 41. 45. 62.
Razes 429.
Reaucar, Beriberi in Poulo-Condore 1056.
Recamier 1147.
Reclus, P. 1039.
Redard 646.
Reder E.-H. II, 12.
Reichert, J., Geheilter Fall eines markstückgrofsen Epithelialkarzinoms 1005.
Reimann 712.
Reimer, K. 113. 115. 116. 117. 119.
Reinhard 263.
Reinke 961. 962. 963. 964. 969. 971. 1082. 1083. 1084. 1085. 1086. 1087. 1088. 1089. 1139.
Remak 835.
Rémond, A., Beitrag zum Studium der Wirkung des Hg auf den Organismus 597.
Remy 646.
Renaut 826. 898. 1040. 1143.
Renzi, E. de, Zusammenhang der Skrofulose mit der Tuberkulose 390.
— Merkurielle Stomatitis 811.
Retzius 684.

Reumont 124. 274. 276. E.-H. II, 100.
Reuss, A. v., Wirkung des Erythrophläins auf das menschliche Auge 362. 365.
Reverdin 202. 590.
Rey-Pailhade, Pilothion, ein Körper organischen Ursprungs, der Schwefel in der Kälte hydrogeniert 1009.
Rey, van 1024.
Reymond, Beobachtung über die Veränderung der Tegumente des Kopfes, ein Xeroderm vortäuschend 85.
Reynal 714.
Reynaud E.-H. II, 92.
Reynolds 387. 811.
Rhodius 206.
Rice 496.
Richard, Beitrag zum Studium der Knochenkrankheit von Paget 1095.
Richardson E.-H. II, 78.
Richaud, A. 826. 827.
Richelot 82.
Richet 118.
Richter E.-H. I, 13.
Richter, J., Lupuskarzinom 385.
Ricketts, B. M., Arsenik in der Dermatologie 1108.
Ricord 204. 312. 428. 429. 595. 643. 686. 998. 1043. 1112. 1147. 1195. E.-H. II, 13. 24. 35. 45. 72. 73. 76. 92. 94. 100. 114.
Ricordi E.-H. II, 61.
Ried 1042.
Rieger E.-H. II, 13.
Riehl, G., Akutes zirkumskriptes Hautödem 444. 593.
— Xeroderma pigmentosum 596. 639.
— 180. 276. 321. 1108. 1198. 1199. 1213.
Ries, Herm. 594.
Riff, Hemiplegia syphilitica 637.
Rindfleisch 483. 1244. E.-H. II, 65.
v. Rinecker 14. 16. 1240. 1244.
Riocreux, U., Syphilis hereditaria tardiva 105.
Risso, Lupus erythematodes 448.
Ritzo, Beitrag zur Kenntnis der Hauttuberkulose. Die tuberkulösen Geschwüre 1198.
Rivierus, L. E.-H. II, 85.
Rivolta 711. 712. 715. 716.
Roberts 52.
Robertson 716. 1007.
Robin, Ch. 921.
Robin, Ed. 644. 645. E.-H. II, 92.
*Robinson, A. R., Pathologie und Therapie der Alopecia areata 409. 476. 525. 582. 735. 771.
— Herpes Zoster 284.
— Schweifsdrüsen 1252.
— Ausschlag an Händen, Füfsen u. der Mundschleimhaut 947.
— 38. 574. 575. 616. 617. 693. 853. 854. 861. 914. 915. 916. 946. 1026.
Robinson, T., Prurigo 284.
— Lupus erythematosus des behaarten Kopfes 946.
Rockwell 137.
Rocha, N. 458.
Rochoux 1053.
Rodriguez, L. 136.
Roesen, Behandlung von Schwielen, Hühneraugen und Warzen mit Salicylkollodium 325.
Roeskild 150.
Rogier 1095.
*Rohé, G. H., Studien über Hirsuties 6.
— Keratosis senilis u. deren Beziehung zum Epitheliom 452.
— 199. 205.
Rohrer, Bakteriologische Untersuchungen über Dermatosen des Ohres und Herpes präputialis 991.
Rollet 199. 204. 206. 207. 648. E.-H. II, 13. 22. 24.
Romberg 399.
Romich, O., Fufsgeschwüre u. ihre Behandlung 41.
*Róna, S., Zur Lehre vom Lichen ruber 415. 513. 574. 616. 825. 906.
— 54. 386. E.-H. II, 81.
Roque, Der englische Schweifs 1052.
Rose E.-H. II, 75.
Rosé E.-H. II, 33.
Rosenbach 340.
Rosenberg, L., Über die Wirkung des Perubalsams auf die idiopathischen Leukoplakien u. sonstigen Epitheltrübungen der Mundschleimhaut 1207.
Rosenberg 31.
Rosenheim 1250.
Rosenstein 1200.

Rosenthal, M., Über das Centrum ano-vesicale 1250.
Rosenthal, O., Behandlung der Syphilis mittels Einspritzungen von Hg oxyd. flav. 244.
— Allgemeine Gesichtspunkte bei der Syphilisbehandlung mittels Hg-Einspritzungen 244.
— Über das Photoxylin 541.
— Psoriasisdemonstration 1245.
— 980.
Roser 278.
Rosolimos, S., Behandlung der sekundären Syphilide des Mundes 1155.
Roth, W., Haarförmige Bildungen an der Zunge 544.
Rotillon u. Gougelet, Recidivierendes Erythema scarlatiniforme 103.
Routier 1157.
Roux 1002.
Rovsing 640.
Rübner 1004.
Rückert 42.
Rüsanoff, N. N., Kalomelinjektionen bei Syphilis 1253.
Rumpf 14. 75. 76. 77.
Runeberg, Sklerema adultorum 649.
Rust 267. E.-H. II, 48.

Saalfeld, Therapeutische Notizen 993.
— 987.
Sabattier 595.
Saint-Germain E.-H. I, 8. 9. 62.
Salomon 201.
Salomonsen, L. W., Beseitigung der Gefahren der rituellen Beschneidung in Dänemark 291.
Salsotto, G., Eine bis jetzt noch nicht beschriebene Form von Hautsyphilis 448.
— Das Salol u. dessen therapeutische Anwendung bei einigen venerischen Affektionen 799.
— Exzision der Initialsklerose als Prophylaktikum gegen die allgemeine Syphilisinfektion 1111.
Salter, Hyde E.-H. I, 21. 22. 62.
Sanctis, de, Fall von totaler Nekrose der Nägel beider Hände 800.
Sangster 1176. 1180.
Sangster u. Mott, Pemphigus mit Veränderungen in den peripheren Nerven 1007.
Santvoord, R. van, Zwei Fälle von Sklerodaktylie (Raynaudsche Krankheit) 498.
Sardon, G., Gummata im M. sartorius 107.
Satterwhite, Kokainintoxikation 1212.
Sattler, H., Antiseptischer Wert des Jodoforms u. Jodols 640.
— 108.
Saune 1149.
Sauvage 643.
Scanzoni 430.
Scarenzio, A., Gebärmutterspiegel mit Kühlapparat behufs Anwendung des Thermokauters 31.
— Die Iritis syphilitica als ein spätes Symptom u. nicht als ein Rückfall der Syphilis betrachtet 331.
— Zwei Fälle von Glossitis gummosa syphilitica geheilt durch Kalomelinjektionen 1160.
— Behandlung der chron. Gonorrhöe 52.
— 81. 83. 262. 337. 393. 441. 1243. E.-H. II, 61.
Scatigna E.-H. II, 48.
Schachmann, Behandlung der Alopecia areata 104.
Schadek, K., Bemerkungen über 70 Fälle von Erysipel 334.
— Therapeutische Verwendung des Hg-salicylats in der syphilidologischen Praxis 457.
— Chirurgische Behandlung der suppurierenden venerischen Bubonen 487.
— Fall von Dermatitis herpetiformis 335.
— 312. 313. 314. 617. 621. 622. 828. E.-H. II, 44. 46.
Schech, Ph., Die schwarze Zunge 434.
— E.-H. I, 6. 7. 20. 27. 41. 58. 61. 63.
Schedel 420.
Scheel, A. 202.
Scheiber 386.
Scheinmann 646.
Scheute 279.
Scheuthauer 906. 910. 911. 916.
Schiff (Professor) 983. 984.

Schiff 646.
Schillberg 244.
Schilling, Örtliche Behandlung des chron. Blasenkatarrhs 863.
— 392. 393.
Schimmelbusch, Modifikation des Kochschen Plattenverfahrens 1008.
Schirjaew 312.
Schlange, Prostatahypertrophie mit Demonstration von Präparaten 788.
Schlesinger E.-H. II, 67.
Schmidt 1005. E.-H. II, 68.
Schmidt, H. 282.
Schmidt, Jos., Beitrag zur Krebsbehandlung 638.
Schmidt, Thassilo, Über einen Gefäfskranz am unteren Rippenrande 39.
Schmitt 922.
Schmorl, Fall von Hermaphrodismus 1206.
Schneider E.-H. II, 65. 68.
Schneider u. Lübbert, Quecksilberalbuminat 812.
Schnitzler, Hochgradige Perichondritis laryngea syphilitischer Natur 441.
Schnurrer 149.
Schöbl 1143.
Schröder, Ikterus bei sekundärer Syphilis 1043.
Schrötter 935.
Schrott E.-H. II, 96.
Schuchard E.-H. I, 46.
Schuchter, Franz, Bericht der syphilitisch-dermatologischen Klinik des Professor Lang in Innsbruck 443.
Schütte 280. 281.
Schütz, Joseph, Zur Therapie des Lupus 1248.
— 345. 584. 585. 713. 802. E.-H. II, 60.
*Schütze, Carl, Neuer Spülkatheter für die Urethra 759.
Schulin 1086. 1087. 1090. 1092. 1094.
Schultze 14. 17. 319. 477. 479. 483. 484.
Schultze, Max, 833. 834. 835. 837.
*Schulz, Hugo, Ein Beitrag zur Pharmakodynamik des Schwefels 122.
— Referat 636.
Schulz, Hugo, 348.
Schurig 199. 206.
*Schuster, Über die Behandlung der Syphilis des Nervensystems während der letzten 13 Jahre 13. 72.
*— Merkurvergiftung bei der Behandlung der Syphilis 992. 1017.
— 862. 986. E.-H. II, 52. 100.
Schwabach 156.
Schwann 1249.
Schwartz 311.
Schwediaur 204. 211. E.-H. II, 21.
Schweigger-Seidel 1118. 1123. 1125.
Schweninger, Mitteilungen aus der dermatologischen Klinik der Charité 37.
— Über Herpes u. Herpes zoster 38.
— Kurze Mitteilung über experimentelle Ergänzung von Gesamthypertrophie eines Ohres 38.
— Vorläufige Mitteilung über bisher unberücksichtigte Gefäfsektasien am unteren Rippenrande, in ihrer Bedeutung für Diagnose u. Therapie gewisser Leiden 39.
— Beitrag zur experimentellen Erzeugung von Hautgeschwülsten durch subkutan verlagerte mit dem Mutterboden in Verbindung gelassene Hautstücke 40.
— 182. 703. 978. 979. 981. 1242.
Schwimmer, E., Heilwert des Erysipels bei verschiedenen Krankheitsformen 595.
— Framboesia. — Lupus universalis 443.
— Ichthyosis universalis congenita 443.
— 272. 276. 386. 420. 513. 514. 517. 518. 519. 545. 546. 622. 707. 954. 959. 1012. E.-H. II, 26.
Sedillot E.-H. II, 42.
Sée, Germain 1146.
Seegen 647. E.-H. II, 103.
Ségny, M., Untersuchungen über die papulo-squamösen Syphilide, die unter der Form einer Psoriasis vulgaris auftreten 925.
v. Sehlen 412. 414. 481. 483. 525. 526. 527. 776. 777. 1026.
Seiffert 979. 1233. 1240. 1244.
Seiler, Carl, Chronische Rhinitis als Ursache von Akne faciei 141.

Seimmer 922.
Seligmüller 14. 77.
Sell E.-H. I, 6. 20. 41. 63.
Semmola 800.
Semon, F. 1050.
Seneca 996.
Senger 540.
Sennert 430.
Sennetz, M., Resultate der Pockenbehandlung bei Geimpften und Nichtgeimpften 803.
Serre E.-H. II, 92.
Serullas E.-H. II, 79.
Servanties 646. 647.
Severin 892. 899. 900. 901. 963. 964. E.-H. I, 47.
Shakespeare 206. 1140. 1142.
Shand, Smith, Raynaudsche Krankheit 752.
Sharp 1257.
Sherwell, Geschwür am hinteren Teil des linken Oberschenkels 946.
— Ausschlag im Gesicht 946.
— Relative Häufigkeit pathologischer Umwandlung von Naevi u. anderen Tumoren im Gesicht u. auf dem Kopf 186.
— Doppelseitiger Schanker der Brustwarzen bei einer Stillamme 287.
— 188. 191. 505. 694. 854. 945. 1102.
Shoemaker, Psoriasis 1254.
— β-Naphtol 1254.
— 140. 1108. 1254.
Sigmund E.-H. II, 22. 24. 36. 43. 48. 51. 53. 55. 80. 85. 89. 100. 115.
Signorini, Vaccination u. Syphilis 1112.
Silex, P., Zur Therapie der syphilitischen Augenleiden 1209.
Silvestrini 711. 712.
Simes, H. C., Tod nach intraurethraler Kokaininjektion 1008.
Simmons 280.
Simon, Oleum Deelinae bei Ekzem 52.
— 188. 203. 769.
Simon, G. 1122.
Simon, O. 719.
Simond, G. L. 1000.
Sims, M. E.-H. II, 89.
Siredey 544.
Slonajesko, Beitrag zum Studium der Differentialdiagnose zwischen skrofulo-tuberkulosen und syphilitischen Unterhaut-Gummata 1095.
*Smirnoff, G., Seltener Fall von ausgebreiteter symmetrischer Verunstaltung auf Grund hereditärer Syphilis 1.
— 185. 243. 244. 950. 1243. E.-H. II, 61. 62.
— Über die Mikroorganismen der Syphilis 802.
Smith 50.
Smith, A. J., Behandlung des phagedänischen Schankers mit Dauerbädern 1257.
Smith, E. N. 904.
Smith, T. C., Umschriebene Atrophie der Haut, möglicherweise hereditären Ursprungs 1101.
Smith, Rob. 924.
Socin 433.
Soffiantini 31.
Spencer, C. E., Vergiftung durch Acidum boracicum 500.
Spender, Kent, Psoriasis 494.
Sperck, E. F. 110. 309. 1015.
Sperino 881. E.-H II. 94.
Spiefs 120.
Spillmann 180. 211. 872. 922. 1198.
Stähel, V. Mikroorganismen unter dem antiseptischen Zinkverband 433.
Staub E.-H. II. 56.
Steenberg 13.
Stein, A. W., Tumor der Blase, Entfernung, Heilung 342.
Steinlin 1091.
Steinthal, Hauttuberkulose durch Inokulation u. Autoinfektion 437.
Stekhoven, J. H. S., Der Neisserscher Gonokokkus 1044.
Stelwagon, H. W., Ein Fall von Purpura 335.
— Vitiligo der ganzen Körperoberfläche 451.
— 703.
Stephan 439. 1215. 1216. 1217.
Sterry 507.
Steurer 184. 451.
Stevens, A. B. Tinctura Jodi 874.
Stewart, D., Fieberhaftes Exanthem im Gefolge von Vaccination 1260.
Stewart, W. S., Angeborene Phimosis 138.
Sticker 840. 905. 1142. 1143. 1144.
Stickler, John, Zusammenhang zwischen der Maul- u. Klauenseuche der Rinder und der menschlichen Scarlatina 808.

Stieda 1091. 1092. 1093. 1094. 1134. 1136.
Stilling 1251.
Stocker E.-H. I., 23. 25. 26. 63.
Stöhr 1092. 1134. 1135.
Storer, H. R., Wichtigkeit der Ausrottung der Syphilis 806.
Strauſs 428. 429. 450.
Stricker 88.
Strübing, P. 126. 131. 341. 445. 594.
Strümpell 14. 78. 79. 235.
Struve 1012.
Stuart, G. u. Affleck, Myxödem 492.
Stuchow E.-H. II, 74.
Stukowenkow 216.
Stumpf, Herpes areolaris mammae 749.
Sturgis, F. R., Einige Fragen in bezug auf Spätformen der Syphilis hereditaria 805.
— Anwendung des Borlanolins bei gewissen Hautkrankheiten der Kinder 705.
— Gibt es ein Krebsvirus? 189.
— 191. 199. 287. 395.
Subbotin 456.
Suchard 898. E.-H. I, 46.
Suchow, A., Neue Metode der Behandlung der Inguinalbubonen 803.
Suckling, Symmetrische Gangrän 490.
Sudakewitsch, Zu Pathologie der Lepra 801.
Sushinta 429.
Sutton, R. S., Pruritus ani 1008.
Swediauer s. Schwediauer.
Swieten, van 125. 1043. E.-H. II, 21. 95.
Swinford 1255.
Szenes 641.

*Taenzer, P. u. Gründler, Flora dermatologica herausgegeben von P. G. Unna 817.
— Referate 985. 996.
— 465. 476.
Taguchi, K. u. F. Disse, Kontagium der Syphilis 133.
Talriet 430.
Tansini, Parenchymatöse Sublimatinjektion gegen Lupus 392.
Tanturri 156. E.-H. II, 12. 89.
Tappeiner 922.
Tardieu 207.
Tarnowski 54. 116. 314. 801. E.-H. II, 26. 80.
Taroni, de, Beitrag zum Studium der Elephantiasis des Scrotums 924.
Tauvel, J., Beitrag zur Kenntnis der in der Regio thereohyoidea liegenden medianen Dermoidcysten des Halses 1197.
Tavernier, Beitrag zum Studium der sogenannten Spontanfrakturen bei Syphilitischen 104.
—Über drei Fälle erworbener Syphilis, die deutliche Spuren der Syphilis hereditaria zeigten 144.
— Referate 377. 426. 997. 1038. 1095. 1146. 1197.
— 1157.
*Taylor, R. W., Dermatitis tuberculosa als Folge von Jodintoxikation; das sogen. Acné anthracoïde jodopotassique 1218.
— Atlas der Haut- u. venerischen Krankheiten 811.
— Urethralspritze 187.
— Entwickelung und Verlauf von Molluscum fibrosum 187.
— Ein weiterer Beitrag zum Studium des Molluscum fibrosum; Ätioliogie; fibromatöse Infiltration und ihre Beziehungen zum Keloid 190.
— Serpiginöses Knötchensyphilid 284.
— Klinische Syphilographie 339.
— Xeroderma pigmentosum u. dessen Beziehungen zu malignen Neubildungen der Haut 809.
— 191. 205. 287. 313. 395. 505. 517. 616. 640. 687. 854. 1097.
Taylor u. Bumstead 14. 72. 205. 881.
Teale 1105.
Teilhol 1053.
Tenneson u. Gaston Lyon, Zwei Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring 1151.
Tepljaschin 199.
Teraud 922.
Terillon 1146.
Terrier 1042.
Teuffel 14. 19.
Testu, Erythema polymorphum und pseudorheumatische Knotenbildung bei Syphilitikern 1039.
Thacher, Morbus Addisonii 808.
Thanhoffer 837.

Thibierge, George, Ansteckungsfähigkeit der Alopecia areata 144.
— 616. 685.
Thierry 1147.
Thiersch E.-H. I, 39.
Thin, G., Pathologie u. Therapie des Herpes der Kopfschwarte 432.
— 34. 50. 412. 413. 481. 484. 528. 530. 780. 782. 1026.
Thirial 376.
Thirion 1038.
Thiry 210.
Thoinot, Medizinische Geographie des englischen Schweifses in Frankreich 1055.
Thomann E.-H. II, 81.
Thomann, Emerich, Syphilis u. Trauma 98.
Thomas 1140.
Thomas, J. B. 1255.
Thompson 188. 658. 863.
Thomson E.-H. II, 33.
Tichborne, Nachweis der auf der Haut ausgeschiedenen Harnsäure 491.
Tillaux 645.
Török u. Pollak, Entstehung der homogenen Harncylinder u. Cylinderoide 1004.
— Referate 1003. 1008. 1159. 1210. 1249.
— 1203.
Toldt 868. E.-H. I, 47. 48.
Tomaschewsky 313.
Tommasoli, P. L., Urethral-Injektionsapparat für Salben zur Behandlung der Gonnorrhöe 30.
— Über die neuen Methoden der Diagnose u. der Behandlung der Gonnorrhöe 36.
— Milztumor bei der hereditären Syphilis 84.
— Beitrag zur Anatomie und Pathologie der Oberhaut, nebst Studium über gewisse Oberhautverdickungen 230.
— Über die Natur der gonorrhoischen Arthritis 289.
— Über die Natur der Alopecia areata 291.
— Untersuchungen über die Balanoposthitis mit einem Beitrage zur dermatologischen Flora 1109.
— Referate 28. 80. 799. 940.
— 33. 34. 35. 36. 345.
Torkomanian, Über Leichentuberkel 1158.
Torella, G. 153. 200.
Torre, del, Referate 330. 390. 441. 448. 796. 862. 933. 1109.
Torti 862.
Toupet u. Cornil, Pseudotuberkulose beim Menschen u. bei Tieren 1157.
Tournery, de 645. 646.
Touton, C. 619. 868.
Toutut, Über Hautgummata bei erblicher Syphilis 1097.
Traube 1200.
Trédenal 924.
Trélat 1039. 1146.
Tremblay 1146.
Treon, Fred., Hautkrankheiten bei den Indianern 807.
Trestel u. Baumgarten, Einseitige Hemianopsia temporalis infolge von syphilitischer Arteriitis cerebalis 538.
Treves, Angiom der Zunge 751.
Trost, Bartholinische Drüse mit doppeltem Ausführungsgange 1251.
Trousseau, A., Hereditär syphilit. Ursprung der Keratitis interstitialis 143.
— Gummata der Conjunctiva palpebrarum 1154.
— 42.
Trzcinski, T., Zur Behandlung der Syphilis mit tiefen subkutanen Injektionen von Hydrargyrum oxydatum flavum 241.
Tschistjakow 314.
Tschudnowski 804.
Tuczek, F., Nervöse Störungen bei der Pellagra 539.
Türkheim, Referate 101. 143. 179. 289. 388. 596. 795. 1151.
— 52. 142. 330. 382. 431. 625. 927. 1002. 1044. 1099. 1150.
Turenne E.-H. II, 94.
Turnbull, Entstehen der Taubheit im Gefolge der Syphilis 1255.
Tweedy, Erythrophläin 363. 366.
Tyson 85. 1117. 1120. 1121. 1123. 1125. 1127.

Ullmann, Über durch Füllung erzeugte Blasenrupturen 98.
Ulmer, Zur Pflege der Hautkultur 183.

Ultzmann 30. 36. 187. 386.
*Unna, Flora Dermatologica, unter Mitwirkung von H. Gründler, und P. Taenzer I. Teil 817.
*— Über Ekzema seborrhoicum und Syphilis 991. 1067.
*— Internationale Spezialistenkongresse und der Pariser Kongrefs für Dermatologie und Syphilis im Jahre 1889 1187.
*— Ein regulierbarer Zerstäuber 21.
*— Anwendung des Chloroformwassers zur Lösung von Medikamenten 406.
*— Die Züchtung der Oberhautpilze 465.
*— Pariser Briefe 530. 559. 605. 677.
*— Fortschritte der Hautanatomie in den letzten fünf Jahren
I. Anatomie der Oberhaut u. des Papillarkörpers 718. 762.
II. Struktur der unverhornten Oberhautzellen 833. 890. 960.
III. Das Haar 1082. 1134.
*— Aknebehandlung 54.
*— Lupusbehandlung 195.
*— Rostflecke 194.
*— Therapie der roten Nase 1162.
*— Postekzematöse Furunkulose 147.
*— Behandlung der Leukoplakia oris 706.
*— Sykosis 247.
*— Behandlung der Sykosis hyphogenes 345.
*— Behandlung der Sykosis kokkogenes 555.
— Referate 37. 88. 135. 177. 1144.
— 7. 11. 30. 42. 62. 124. 129. 142. 182. 186. 230. 240. 244. 286. 340. 347. 348. 350. 353. 355. 357. 359. 389. 395. 401. 420. 440. 447. 513. 549. 551. 557. 575. 577. 578. 580. 581. 582. 584. 596. 616. 617. 618. 620. 622. 623. 625. 651. 652. 703. 708. 709. 720. 757. 758. 761. 786. 787. 830. 832. 862. 865. 904. 972. 980. 987. 988. 990. 992. 993. 995. 996. 998. 1000. 1010. 1012. 1028. 1029. 1030. 1031. 1059. 1082. 1085. 1092. 1093. 1110. 1117. 1118. 1127. 1128. 1141. 1162. 1163. 1181. 1183. 1184. 1186. 1192. 1203. 1204. 1205. 1247. 1252. E.-H. I, 46. 52. 60. 65. E.-H. II, 20. 25. 26. 27. 28. 29. 52. 64. 70. 117.
Unterberger 711.
Uskoff 112. 115.
Usler, Barbara 8.

Vagda E.-H. II, 68. 73..
Vaguez, H. 144. 145. 647.
Vaillard 427. 499. 1098.
Valenti, Seitliche Grübchen am Frenulum des Präputiums 84.
— 1123.
Valentin, Fall von Phenacetinexanthem 793.
— 1122.
Valler 1097.
Vallin 923.
Valude, Versuche der Tuberkularisierung des Thränensackes 1158
v. Vámossy 397.
Vater 730. 733.
Veer, van der, Malum perforans pedis 1259.
— Epitheliom des Penis 1259.
Veiel, Neuere Therapie des Ekzems 181.
— Fall von Ekzema solare 244.
— 990. 995.
Veiga 457.
Vella, G. 153. 200.
Velpeau 278. 1040.
Verhère 10 8. 1039.
Verneuil, Karbolspray zur Behandlung von Furunkeln u. Karbunkeln 812.
— 98. 104. 233. 380. 430. 804. 1038. 1039. 1097. 1146. 1158. 1197.
Vicenti E.-H. II, 92.
Victorius, B. E.-H. II, 99.
Vidal, Atypische Dysidrosis 1103.
— Polymorphes Erythem 1103.
— Vaginitis 1103.
— Ekzem 1104.
— Psoriasisbehandlung 1105.
— 104. 192. 286. 338. 373. 374. 389. 432. 458. 519. 523. 543. 544. 547. 560. 563. 565. 627. 640. 680. 684. 810. 845. 861. 974. 1000. 1199. E.-H. II, 15. 77. 78.
Vidius, Vidus 154.
Vidor 386.
Viennois 208.
Vignal 1250.
Vigo, J. de E.-H. II, 21.
Vilbifs 141.
Villemin 192. 922. 1158.

Vincent 1095.
Virchow, Rudolf, Über Myxödem 234.
— 9. 13. 88. 115. 118. 265. 540. 643. 644. 992. 1019. 1021. 1066. 1097. E.-H. II, 112.
Vizioli 715.
Vogel 1097.
Voigt 768.
Voigt, Chr. Aug. 867.
Voigtländer 715. 716.
Voit E.-H. II, 65.
Volkmann, R. 187. 193. 216. 487. 701. 791. 1042. 1105. 1158.
Vollert, Succinimid-Quecksilber, ein neues Mittel znr subkutanen Injektion 1047.
Voltolini 588.
Vulpian 1200.

Wachsmuth 1012.
Wagner 13. 120. 587.
Wagner, E. 477.
Wagner, Richard, Elektrotherapie der Spermatorrhöe 92.
Wahl, E. v. 1012. 1013.
Waldenburg 24.
Waldeyer 761. 762. 868. 893. 895. 896. 897. 899. 905. 961. 962. 970. 971. 996. 1083. 1136.
Wallace, A. R. 6. 7. 881. E.-H. II, 72. 73. 76.
Wallaix 428.
v. Watraszewski, Syphilis und Kopfinsulte 238.
— 300. 303. E. H. II, 63.
Weber 269. 275. 731.
Weber, V. 131.
Wedding, Einfluſs des Lichtes auf die Haut der Tiere 53.
Wegner 932.
Weichselbaum 98. 242. 550. 919.
Weil 98.
Weir-Mitchell 450.
Weir, R. F., Auskratzung der Karbunkel 1008.
Welander, E., Zur Frage von der Behandlung der Syphilis mit Kalomelinjektionen 243.
— E.-H. II, 63. 68. 69.
Wellberg 1012.
Wels, Spencer 1146.
Weigert, C. 242. 243. 964. 1113. 1157.
Weinlechner 98.
Weintraub, Beriberi 279. 641.
Weiſs 499.
Weiſs, L., Abortivbehandlung der Phlegmone, speziell der Finger, durch Resorcininokulation 452.
Weizel, Zur Behandlung des Erysipels 930.
Wernich 279. 280. 281.
Wernicke 14. 73.
Wert 1149.
Werth, Ein Unikum von Hautkrankheiten 994.
— 995.
Wertheim 38.
Westphal 399.
Weyl 575. 576. 577. 620. 828. 829. 913. 916.
White, J. B., Bemerkungen über den vesiko-urethralen Erethismus, besonders bei den Lokomotivführern 1100.
— Entzündliche Verengerung der männlichen Urethra 284.
White, Hale, Hereditäre Syphilis 496.
Wickam u. Hallopeau, Eiterige Form von tuberkulösem Lupus 1157.
Widmann 209.
Wigglesworth, Zur Therapie der Scarlatina 492.
— E.-H. II, 15.
Wigler 499.
Wilbouchewich E.-H. II, 67.
Wilde 496.
Wilks 489.
Willan 847.
Willan-Bateman 88. 420.
Willard, F. de, Fremdkörper in der Urethra u. Blase. Entfernung durch Litholapaxie vermittels eines Evakuators mit langer, gerader, mit Öffnungen versehener Kanüle 497.
— Epitheliom des Penis 805.
Willenz, G., Pharmakologisch experimentelle Untersuchung des Naphtols u. der β-Oxynaphtoësäure 320. 435.
Willigk 112. 115.
Wilson, E. 88. 148. 188. 295. 389. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 513. 514. 515. 516. 517. 519. 523. 561. 574. 575. 576. 577. 578. 580. 581. 616. 618. 621. 622. 623. 842. 849.

Wilson, Kalomelinjektionen bei Syphilis 1258.
Winiwarter 31. 546. 983.
Winogradoff 259. 261.
Winternitz, R., Einfluſs des Erysipels auf Lupus 183.
— 885. E.-H. II, 105.
Witherny 1149.
Wittelshöfer, R., Vorkommen, Bedeutung u. Behandlung der Phimose bei Kindern 282.
Wolff, A., Über das Epidermidophyton Langs 995. 1116.
— 979. 995. 1233. 1238. 1243. E.-H. II, 60. 75.
Wolff, C. H., Nachweis von Hg auf elektrolytischem Wege 598.
— 557. 558.
Wolfs, E., 875. 985. 988. 996.
Wood, W. C., Primärsyphilid der Hand 808.
Wrony 112. 115.
Wurster, C., Farbstoffbildung durch Wasserstoffsuperoxyd 108.

Yeman, E. C., Syphilis 702.

Zabludowsky 961.
Zaegel 131.
Zambaco 375. 1001. 1012. 1153.
Zander, R. 902. 903. 904. 905. 961. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971.
Zarevicz 540.
Zeent, van 279. 280. 281.
v. Zeissl 176. 199. 203. 311. 811. 885. E.-H. II, 24. 34. 43. 53. 100. 116.
Zeissl, M. v., Die Wesenheit des Syphiliskontagiums 98.
— Sind die tertiären Produkte der Syphilis infektiös oder nicht? 237.
Zeissler, J., Wichtigkeit der lokal. Behandlung der Syphilis 1107.
— 688.
Zemann, Melanosarkom 549.
*Ziegeler, G., Nachweis von Quecksilber auf elektrolytischem Wege 557.
Ziegler 544. E.-H. I, 6. 18.
Ziehen 14. 79.
Ziehl 933.
Ziem, Zur Genese der Gesichtsrose 588.
Ziemssen, Syphilis des Nervensystems 1210.
— 261.
Zittmann 44.
Zorzoni 31.
Zuccarini 589.
Zuckerkandl 589.
Zülzer 261. 439. 759.
Zündel 715.
Zürn 711. 712. 713. 715. 716. 717.
Zuriaga, Die Lepra zu Parcent (Alicante) 1153.
— 1012.
Zweigbaum, Tuberkulöse Ulceration der Vulva, Vagina und der Portio vaginalis uteri 592.
Zwillinger u. Läufer, Lepra der Nase, des Rachens u. des Kehlkopfes 1006.